

DE
L'INTERVENTION SANGLANTE

DANS
LE TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE
(PORTION THORACIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RÉMY GAILLARD

Né le 23 Mai 1865, à Grèzes (Lozère)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0020

DE
L'INTERVENTION SANGLANTE

DANS

LE TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE
(PORTION THORACIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RÉMY GAILLARD

Né le 23 Mai 1865, à Grèzes (Lozère)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président; M. MAYET, Assesseur; MM. GANGOLPHE et ROCHET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les corps étrangers de l'œsophage, du fait de leur nombre, de leur siège, des accidents qu'ils provoquent et des procédés multiples employés pour leur traitement offrent un grand intérêt médical et surtout chirurgical.

Ceux qui s'arrêtent dans la partie cervicale de l'œsophage sont sans doute les plus nombreux, et leur traitement est généralement facile. Les manœuvres faites par la bouche sont très souvent suivies de succès et leur échec n'entraîne pas de conséquences graves. L'œsophagotomie externe permet en effet d'enlever le corps en incisant l'œsophage directement sur lui. L'antisepsie a singulièrement facilité cette opération qui, très redoutée des chirurgiens anciens, est aujourd'hui pratiquée sans hésitation et avec la plus grande sécurité.

Les corps étrangers fixés dans la portion thoracique de l'œsophage présentent par contre quelques difficultés dans leur traitement, et les accidents qu'ils peuvent provoquer

sont en général très graves. C'est à la suite d'une opération pratiquée pour un corps arrêté dans la partie supérieure de l'œsophage thoracique que M. Gangolphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon et chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, nous suggéra l'idée de faire quelques recherches sur cette question. Il nous en a donné les premières indications et nous ne saurions trop le remercier des bons conseils et des nombreuses marques d'intérêt qu'il nous a prodigués dans le cours de nos études, et plus particulièrement en cette circonstance.

Nous avons dû faire bien des recherches pour arriver à réunir les quelques observations rapportées dans ce mémoire, et si, malgré tout, il est fatalement incomplet, nous espérons que, vu l'étendue et l'importance du sujet traité, on nous pardonnera bien des lacunes.

L'anatomie de l'œsophage a d'abord attiré notre attention, et ne voulant pas rééditer ce qu'en disent les traités d'anatomie, nous avons sollicité de M. le professeur Testut l'honneur de consulter quelques coupes faites par lui sur des sujets congelés, et encore inédites. Nous sommes heureux de lui témoigner notre vive gratitude pour l'amabilité avec laquelle il nous a reçu et a bien voulu accéder à nos désirs. Nous regrettons seulement que le temps nous ait fait défaut pour une étude plus complète des superbes coupes mises à notre disposition.

Dans un second chapitre, nous avons cru devoir passer rapidement en revue les corps étrangers de l'œsophage en général, leur classement, les accidents qu'ils provoquent et leur traitement habituel.

Le chapitre suivant a été consacré à la partie la plus

importante de notre travail, l'étude de l'œsophagotomie externe. Après avoir dit quelques mots de son historique et des opinions diverses émises sur son compte, nous avons abordé le point particulier de notre étude par la publication des observations parues jusqu'à ce jour, de corps étrangers de la portion thoracique de l'œsophage, traités par l'œsophagotomie.

Nos recherches dans les littératures anglaise et américaine ont été singulièrement facilitées par notre camarade et ami, G. Agier, qui a fort gracieusement mis à notre service sa connaissance approfondie de la langue anglaise. Nous l'en remercions bien cordialement. Le manuel opératoire, les indications, les soins consécutifs et le traitement clôturent ce chapitre, dont la longueur s'explique par les nombreuses observations que nous avons réunies et publiées.

Deux cas de gastrotomie faites par deux chirurgiens américains, pour des corps arrêtés à la partie inférieure de l'œsophage, nous ont amené à faire une étude rapide de cette opération et à en poser les indications ordinaires.

Enfin, nous avons cru devoir citer une opération nouvelle dont la clinique n'a pas encore consacré la valeur, et consistant à aborder l'œsophage par la partie postérieure du thorax.

Nos conclusions résumées de ce travail affirment l'utilité et la nécessité de l'intervention sanglante dans les cas de corps étrangers de l'œsophage, dont le traitement par les manœuvres ordinaires a été infructueux ou jugé impossible et dangereux. Nous espérons que la lecture de notre mémoire entraînera la conviction du plus grand nombre et que les partisans d'une idée contraire nous

rendront au moins la justice d'avoir fait un travail consciencieux.

M. le professeur R. Tripier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous avons vivement senti cet honneur, et nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Que tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux daignent agréer l'expression de notre gratitude. Nous avons tâché de tirer le meilleur profit de leurs enseignements, et nous suivrons de notre mieux la voie qu'ils nous ont tracée.

DE
L'INTERVENTION SANGLANTE

DANS
le Traitement des corps étrangers de l'Œsophage
(PORTION THORACIQUE)

CHAPITRE PREMIER

Quelques mots sur l'Anatomie de l'œsophage.

Nous n'avons pas l'intention dans ce chapitre de faire l'anatomie complète de l'œsophage. Notre but est simplement de limiter par la mensuration les points entre lesquels se trouve compris l'œsophage thoracique, objet de notre travail, et de tâcher d'expliquer par des aperçus anatomiques, les raisons pour lesquelles les corps étrangers s'arrêtent à peu près toujours en deux points de son trajet.

Pour ce faire, nous mettons à contribution quelques coupes inédites tant verticales que transversales de sujets congelés que M. le professeur Testut a bien voulu mettre à notre disposition. Nous y joignons les mensurations données par Richardson, et quelques mensurations personnelles.

Sur une coupe verticale et médiane pratiquée par

M. le professeur Testut sur le cadavre congelé d'une femme, nous avons trouvé la distance des incisives au cardia égale à 37 centimètres, l'ouverture thoracique était à 20 centimètres.

Richardson donne comme moyenne de ses mensurations, sur soixante cadavres pris au hasard, une longueur de 14,5 pouces, soit 36,7 centimètres environ.

Chez un homme mesurant 1^m,70 nous avons trouvé le cardia distant des incisives de 40 centimètres et l'ouverture thoracique à 21 centimètres des dents.

Une femme de 1^m,55 présentait une longueur totale bucco-œsophagienne de 39 centimètres et la fourchette sternale était à 17,5 des incisives.

Un homme de 1^m,74 et une femme de 1^m,60 donnaient comme mesure des incisives au sternum, l'un 20 centimètres et l'autre 19,5.

Il est difficile évidemment d'établir une mesure moyenne, surtout que, comme le montre un tableau de Richardson portant sur quatorze cas, il n'existe pas de proportion entre la taille de l'individu et la distance du cardia aux incisives. Les dimensions de la portion supra-sternale et de la portion thoracique sont également très variables suivant les individus, dont le cou est plus ou moins long.

On peut dire cependant que chez la femme ces dimensions sont un peu moindres et sont de 18,5 à 19 centimètres pour la portion extra-thoracique et de 37 centimètres environ pour la longueur totale.

Chez l'homme, la distance des incisives au sternum est de 20 centimètres en moyenne, et la distance au cardia de 39 à 40 centimètres environ.

La direction de l'œsophage n'est pas parallèle à la colonne vertébrale, ainsi que le croyaient Richet et Chassaignac, erreur d'ailleurs relevée par Monton au moyen des moulages qu'il a obtenus de l'œsophage sans ouvrir la cavité thoracique. Sur la coupe verticale et médiane, mentionnée plus haut, nous avons vu, en effet, que l'œsophage immédiatement en contact avec la colonne vertébrale à son entrée dans le thorax, s'en sépare aussitôt en continuant en ligne sensiblement droite, la direction qu'il a dans le cou, jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale. En ce point, il forme un angle arrondi de 25 degrés environ et se dirige presque perpendiculairement jusqu'à l'ouverture diaphragmatique. Le lieu de changement de direction correspond aux oreillettes dont l'œsophage est séparé seulement par le péricarde.

Au niveau de la onzième vertèbre dorsale, où se termine l'œsophage, celui-ci est distant de la colonne vertébrale de 22 millimètres, chez la femme dont on a fait la coupe antéro-postérieure, et de 19 millimètres chez un homme de quarante ans, dont nous avons pu consulter quelques coupes inédites dues à M. le professeur Testut.

L'œsophage va s'aplatissant progressivement de la région cervicale au point où il change de direction et où sa lumière ne mesure pas 2 millimètres. Puis, ses parois s'écartent de nouveau, de façon à lui donner sur la coupe une forme elliptique jusqu'au cardia.

Le diamètre antéro-postérieur du calibre œsophagien était sur la coupe verticale d'1 centimètre au niveau de la neuvième vertèbre dorsale et gardait la même dimension jusqu'à la terminaison du conduit.

Nous avons pu mesurer le diamètre perpendiculaire au

précédent, sur six coupes transversales passant par le thorax et pratiquées sur le cadavre d'un homme de quarante ans.

Première coupe, passant par la troisième vertèbre dorsale, à 1 centimètre au-dessus de son bord inférieur et à 16 millimètres au-dessous de la fourchette sternale, $D = 12$ millimètres.

Deuxième coupe, passant entre la deuxième et la cinquième vertèbre dorsale, $D = 12$ millimètres.

Troisième coupe, passant par le corps de la sixième vertèbre dorsale à 15 millimètres au-dessous de son bord supérieur, $D = 12$ millimètres sur 2,5 millimètres antéro-postérieur.

Quatrième coupe, passant entre la septième et la huitième vertèbre dorsale, $D = 13$ millimètres.

Cinquième coupe, passant entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, $D = 16$ millimètres.

Sixième coupe, passant par la onzième vertèbre dorsale, à 1 centimètre de son bord supérieur, $D = 24$ millimètres.

Sur ce sujet, l'œsophage présentait quelques différences avec celui de la femme sur laquelle était faite la section verticale. Il est cependant deux points parfaitement semblables : l'aplatissement progressif de l'œsophage jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale et l'accroissement de son calibre jusqu'au voisinage du cardia.

Une seconde coupe verticale et médiane sur un sujet congelé nous a montré les mêmes dispositions et, de même que sur la première coupe, la paroi de l'œsophage devient plus épaisse à mesure que sa lumière augmente. Si, nous rapportant aux observations publiées de corps

étrangers, arrêtés dans la portion thoracique de l'œsophage, nous examinons leur siège habituel, nous trouvons que c'est dans le voisinage de la fourchette et un peu au-dessous d'elle ou bien à la partie sus-diaphragmatique que siège l'obstacle dans presque tous les cas.

Dans la partie supérieure plusieurs causes nous semblent contribuer à l'arrêt du corps. C'est d'abord le changement de direction de l'œsophage, puis le voisinage de la bifurcation des bronches, de la crosse de l'aorte et des oreillettes, qui, à quelque distance de la fourchette sont en contact presque immédiat avec l'œsophage et doivent, de ce fait, rendre plus difficile son expansion nécessaire au passage d'un corps le plus souvent disproportionné avec les dimensions normales du conduit. Peut-être aussi l'accollement presque complet en cette région de l'œsophage à l'état de vacuité a-t-il encore quelque influence?

A ne considérer l'œsophage qu'à l'état de repos, il paraît moins facile de se rendre compte de l'arrêt de certains corps au-dessus du diaphragme. Mais l'ouverture diaphragmatique n'est probablement pas extensible ou du moins très peu, et ne saurait s'accommoder pour le passage du corps dégluti s'il est peu volumineux. En outre, il est possible que l'épaisseur plus grande de la paroi œsophagienne vienne en exagérant la force de la contraction spasmodique du conduit, apporter un nouvel élément à la fixation des corps en ce point.

Il nous suffira de rappeler rapidement les rapports de l'œsophage thoracique avec les divers organes du médiastin postérieur, pour indiquer quels sont les dangers que présente l'arrêt du corps étranger en tel ou tel point de ce conduit.

Immédiatement à son entrée dans le thorax, l'œsophage situé un peu à gauche de la ligne médiane est en contact immédiat avec la plèvre gauche et la trachée qu'il déborde.

Au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, l'œsophage encore un peu à gauche de l'axe de la colonne vertébrale est en rapport en avant avec la bifurcation bronchique, à gauche avec la crosse de l'aorte et à droite avec la crosse de l'azygos.

Plus bas, vers la huitième dorsale, le conduit directement placé sur la ligne médiane, se trouve en relation étroite avec les oreillettes en avant, l'aorte à gauche et l'azygos en arrière.

Arrivé à la dixième dorsale, il est presque accolé au ventricule gauche dont il n'est séparé que par le péricarde, tandis que l'aorte et l'azygos se sont un peu éloignés en arrière de lui. Il est accolé à la plèvre droite.

Enfin, au voisinage du cardia, l'aorte vient encore se placer sur son côté gauche à une très faible distance. La veine cave à droite est assez éloignée de l'œsophage.

La distance à laquelle se trouve l'œsophage des tégu-ments au niveau de la fourchette sternale nous a paru présenter quelque intérêt au point de vue opératoire. Elle est un peu variable avec les sujets, mais sur les coupes que nous avons observées, nous ne l'avons jamais trouvée inférieure à 5 centimètres. Dans un cas, elle était de 7 centimètres.

Dans un certain nombre d'observations d'œsophagotomie, nous avons vu mentionné un phénomène, dont la connaissance peut dans quelques circonstances, faciliter l'extraction des corps situés à la partie supérieure du thorax dans l'œsophage, c'est la mobilité du conduit sui-

vant son axe. Grâce à elle, Eve, a pu dans le cours d'une œsophagotomie externe pour corps étranger, attirer l'œsophage assez haut pour sectionner un rétrécissement cicatriciel, situé à la partie supérieure de l'œsophage thoracique. Dans deux cas successifs, M. Roux a par la même manœuvre pu prolonger l'incision œsophagienne, jusqu'au point où étaient fixés les corps (un dentier et un morceau de verre), dont l'extraction jusque-là impossible, devint dès lors très facile.

Il est enfin une question dont la solution aurait une grande importance au point de vue opératoire, savoir, si, avec les doigts introduits par une blessure cervicale et par le cardia, il est possible d'explorer toute l'étendue de l'œsophage. Richardson qui a fait plusieurs fois des recherches dans ce but, l'affirme, et dit que le plus souvent les doigts peuvent être amenés au contact ou croisés légèrement. En tout cas, ils sont suffisamment rapprochés pour pouvoir se passer sans difficulté un dollar. M. Quénu dit également que les doigts sont très rapprochés l'un de l'autre.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle à cet égard, et tout en admettant la possibilité du fait sur le cadavre, nous émettons quelques réserves pour une semblable intervention, sur le vivant.

CHAPITRE II

Des Corps étrangers de l'œsophage en général.

La nature des corps étrangers de l'œsophage est des plus variées. Entre les mains d'enfants ou d'aliénés, les corps les plus bizarres ont été introduits dans le tube digestif, et si quelques-uns ont pu y circuler sans amener de troubles sérieux, bon nombre ont été arrêtés dans leur marche et ont parfois occasionné des accidents de la dernière gravité.

Ces corps diversement classés par les auteurs qui se sont occupés de la question peuvent être ramenés à trois groupes :

Le premier groupe comprend la plupart des fragments osseux qui représentent ou plutôt représentaient à une époque encore peu éloignée le plus grand nombre des corps étrangers de l'œsophage. C'était surtout chez les soldats que se rencontraient ces accidents, et ce n'est pas, semble-t-il, sans quelque raison qu'on est arrivé à filtrer

la soupe régimentaire. Ces corps plus ou moins irréguliers sont le plus souvent de petit volume, car il n'y a que la précipitation ou la gloutonnerie qui puissent expliquer la déglutition de fragments osseux considérables. On peut classer dans la même catégorie les pièces de monnaie en général, quel que soit leur diamètre, et les noyaux de fruits qui n'offrent que des angles assez mous et dont le volume est rarement supérieur au calibre de l'œsophage, si ce n'est chez les enfants. Enfin ajoutons-y les corps mous et dépressibles, tels que morceaux de viande, pommes de terre, boules de pain, etc., qui étant donné leur accommodation facile aux dimensions de l'œsophage ne peuvent guère, même avec un volume considérable, causer de sérieuses difficultés de propulsion ou d'extraction.

Le second groupe embrasse tous les corps volumineux peu irréguliers et de ce nombre se trouvent les cailloux avalés le plus souvent par des enfants ou des aliénés et dont nous citerons plus loin trois observations, et quelques noyaux de fruits qui prennent place dans cette catégorie, grâce au moindre volume de l'œsophage où ils sont retenus et dont nous donnerons plusieurs exemples.

Enfin les corps très irréguliers comprennent surtout les pièces prothétiques dentaires, qui ont donné lieu à bon nombre d'accidents le plus souvent justiciables d'interventions sanglantes.

Les accidents produits par ces divers corps, lorsqu'ils s'arrêtent dans l'œsophage, sont assez variés et tirent leur gravité de bien des circonstances, parmi lesquelles le volume et l'irrégularité figurent au premier rang.

C'est d'abord de l'œsophagite, inflammation de la

membrane muqueuse de l'œsophage. Cette inflammation paraît si rationnelle qu'elle peut à peine mériter le nom d'accident.

Viennent ensuite, lorsque le corps séjourne quelque temps dans l'œsophage et le plus souvent à la suite de manœuvres d'extraction ou de propulsion, l'ulcération et la perforation de la paroi de l'œsophage. Celles-ci s'accompagnent tout naturellement de suppuration péri-œsophagienne qui s'étend dans divers sens suivant le point où elle siège et qui peut amener les accidents les plus redoutables, mortels le plus souvent.

Au cou, la suppuration a pu dans un certain nombre de cas amener la guérison, par la pénétration du corps étranger dans le foyer purulent et son élimination avec le pus à travers l'ouverture naturelle ou artificielle de la peau.

Quelquefois, surtout lorsque le corps siégeait dans la portion thoracique, la suppuration a envahi le médiastin postérieur, a déterminé des inflammations de voisinage, pleurésies, pneumonies, péricardites, et sauf dans quelques cas très rares où une vomique a pu amener au dehors un foyer enkysté (cas de Richardson), la mort s'en est suivie par pyohémie ou cachexie.

Les hémorragies ont à leur actif bon nombre de morts à la suite de la rétention prolongée du corps au voisinage d'un vaisseau et la perforation de ce dernier par le corps lui-même ou par un procédé septique. A peu près toutes les artères du cou et surtout de la région cervico-thoracique ont été ouvertes dans les divers cas de mort par hémorragie.

L'asphyxie a été rarement mentionnée comme un acci-

dent mortel, mais elle a dans quelques cas nécessité la trachéotomie. Il s'agissait alors de corps volumineux arrêtés dans la région cervicale de l'œsophage et agissant par compression directe sur la trachée ou sur les branches des récurrents.

Quelques troubles de la phonation se sont présentés nombre de fois. La paralysie définitive d'une corde vocale a été mentionnée, mais assez souvent elle n'a été que transitoire. Le malade reprenait à peu près son timbre de voix antérieur. Cock cite un cas personnel où son malade avait vu sa voix « fraîche et claire de ténor devenir une voix grave de basse profonde ».

Enfin, nous trouvons en dernier lieu l'inanition. Cette complication à peu près fatale des corps étrangers qu'on n'a pu extraire de l'œsophage, survient plus ou moins hâtivement, et est le grand écueil des interventions tardives pour lesquelles le malade ne possède plus assez de force de résistance.

Nous ne décrirons pas les symptômes divers présentés par les corps étrangers de l'œsophage ou par leurs complications, et nous passerons immédiatement à leur traitement.

Et d'abord, il est utile de savoir s'il y a corps étranger, quelle est sa nature, quel est son siège?

Y a-t-il corps étranger? Cette question paraît oiseuse, et dans la plupart des cas le malade nous arrive avec des renseignements ne nous permettant pas le moindre doute. Mais il n'en est pas toujours ainsi et, à l'appui de cette assertion, nous citerons le fait suivant emprunté à la thèse de Mignon sur les corps étrangers des voies digestives (Paris, 1874) :

Un forçat, dont les facultés mentales étaient troublées depuis quelque temps déjà, mourait à l'hôpital maritime de Nantes, après avoir été soigné pendant longtemps pour des troubles digestifs dont la nature avait échappé à tous. Intrigué par la bizarrerie des symptômes observés, le médecin qui l'avait soigné fit son autopsie et trouva un estomac distendu dont la grande courbure descendait jusqu'au pubis avec lequel elle avait contracté des adhérences. De cette vaste cavité, on retira plus de cinquante corps étrangers, tassés au point de l'occuper à peu près tout entière, et dont le plus considérable, un morceau de cercle de barrique s'étendait depuis le pubis jusqu'au diaphragme. Les renseignements rétrospectifs apprirent que cet homme, en proie à une faim insatiable, dévorait tout ce qu'il trouvait sous sa main, et que quelques mois avant il avait dans un moment d'expansion relative, déclaré à la sœur du service qu'il avait « dans le ventre mille diables de choses qui le tueraient ».

Quelle est la nature du corps avalé? Cette question a une importance considérable pour le choix du procédé d'extraction, quoique cependant on puisse et on doit passer outre, en se trouvant privé toutefois d'un renseignement utile. Quelquefois le malade a avalé le corps sans s'en apercevoir et il lui est impossible de donner le moindre renseignement. D'autres fois, dans un intérêt difficile à comprendre, il déguise la vérité. Le fait suivant qu'a bien voulu nous communiquer M. le Dr Meurer, chef de clinique ophtalmologique à Lyon, en est un exemple. Un jour qu'il était de garde, une femme s'amenait à l'Hôtel-Dieu de Lyon et déclarait « avoir avalé un os de lapin en mangeant du melon ». Invitée à s'expliquer, elle en voulut

pas dire davantage. Le panier de Goerfe ramenait peu après une tranche de melon dans laquelle était implantée une dent artificielle.

Le siège du corps étranger est souvent difficile à préciser. Les symptômes indiquent que le corps étranger doit être dans l'œsophage et l'exploration ne donne aucun résultat. Quelquefois on ne rencontre aucune résistance; l'explorateur passe librement sans provoquer de douleur plus aiguë et cependant le corps est bien dans l'œsophage. Témoin le cas de Cheever qui, ayant rencontré sur l'éponge fixée au bout de son explorateur un petit filet de sang, put affirmer la présence du corps étranger et pratiquer l'œsophagotomie externe avec plein succès. La connaissance du siège d'un corps dont on connaît déjà la nature a une importance capitale ainsi que nous le verrons plus loin, et arrête dans quelques cas des manœuvres inutiles ou dangereuses.

Les procédés d'intervention dans les cas de corps étrangers sont multiples et la sagacité des chirurgiens mise en éveil par les difficultés fréquentes a mis à contribution les instruments les plus divers.

On a tout d'abord cherché à provoquer les vomissements. Il est inutile d'insister sur les dangers de l'émétique en dehors des cas où le corps peu irrégulier siège au voisinage de l'infundibulum pharyngo-œsophagien.

La propulsion est venue ensuite, comme paraissant la plus simple et la plus naturelle. Ambroise Paré employait à cet usage le poireau que des coups de poing dans le dos venaient encore secourir. Depuis, la tige de baleine garnie d'éponge ou l'explorateur à boule d'ivoire remplacent ce propulseur un peu primitif. Les cas où un corps régu-

lier peu volumineux, ou irrégulier mais petit, se trouve près de l'ouverture inférieure de l'œsophage, peuvent justifier de cette manœuvre.

L'extraction a été et est encore le procédé le plus employé et assurément le plus recommandable, lorsque la nature et le siège du corps l'autorisent. On peut même dire qu'elle est applicable à tous les cas, pourvu que l'on sache ne pas faire d'efforts inconsidérés pour extraire un corps le plus souvent implanté assez profondément dans les parois œsophagiennes et que cette manœuvre risque d'amener à perforer l'œsophage.

Depuis le crochet de J.-L. Petit, les instruments les plus variés ont été inventés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage. De tous ces instruments, le panier de Græfe est le plus souvent employé et grâce à sa simplicité et à sa manipulation facile a donné beaucoup de succès. Il n'est toutefois pas exempt d'inconvénients. On aurait plus d'une perforation, plus d'une hémorragie mortelle à lui reprocher.

Les diverses pinces construites dans le but d'aller saisir sur place les corps étrangers n'ont guère donné de succès que pour les corps situés dans la portion cervicale de l'œsophage. Si le corps est engagé plus bas, elles deviennent d'une manipulation difficile, et si elles ne saisissent pas le corps étranger, il n'est pas rare de leur voir déchirer la muqueuse.

Il y a aussi des dilatateurs (éponge, ballon de caoutchouc) qui, placés au dessus ou au-dessous du corps peuvent dans quelques circonstances faciliter l'extraction ou la propulsion en écartant les parois de l'œsophage, où les aspérités du corps se fixent et l'empêchent de se déplacer.

Pour terminer ce qui a rapport au déplacement du corps étranger par la méthode non saignante, nous citerons un procédé à coup sûr ingénieux, mais dont les résultats ne furent que relativement satisfaisants. Pendant son dîner, un homme d'une quarantaine d'années avala dans un éclat de rire une grosse bouchée de bouilli qui s'arrêta dans son œsophage. L'asphyxie était imminente. On le mena tout de suite chez un médecin habitant près de là, et celui-ci appliquant une échelle contre le mur de son jardin, y fit monter le patient et l'invita à sauter en bas. Le malade obéit, le morceau de viande fut dégluti, mais au prix d'une fracture du col du fémur.

Il est des cas assez nombreux, où le corps étranger arrêté transitoirement dans l'œsophage a pu parcourir tout le tube digestif sans des troubles sérieux. La plupart des corps propulsés dans l'estomac se comportent ainsi. Certains corps très irréguliers ou volumineux, comme fourchettes, thermomètres, couteaux, pièces dentaires, ont été expulsés de cette façon par une sorte de prestidigitation des plus heureuses. Nous avons entendu dernièrement M. le professeur Ollier rappeler un cas observé par lui, où une pièce dentaire a été éliminée par l'anus après un temps assez long de séjour dans le tube digestif, sans que la malade en ait éprouvé d'inconvénients dignes d'être mentionnés. On a recommandé, dans ces cas, de nourrir le malade avec des féculents qui auraient la propriété d'enrober le corps et de faciliter sa marche à travers l'intestin. Nous nous contenterons de rappeler comme exemples, croyons-nous, d'une imagination un peu vive, ces cas rapportés par Heselen, de couleuvres, vipères, grenouilles, ingérées pendant le sommeil et expulsées après

plusieurs mois en parfaite santé sans avoir causé aucun désordre.

Mais ces résultats heureux sont largement compensés par les accidents constatés dans des cas malheureusement trop nombreux. En outre des complications habituelles, perforations, periesophagite, hémorragies, inanition que nous avons mentionnées plus haut, le corps étranger après avoir franchi l'œsophage peut s'arrêter dans l'estomac ou dans une portion de l'intestin, le cæcum le plus souvent, et y déterminer des phénomènes inflammatoires qui ont abouti dans plus d'un cas à la perforation, suivie de guérison, si les adhérences existaient déjà, ou de péritonite mortelle, si l'union intime des deux feuillets péritonéaux n'avait pas eu le temps de se produire.

En présence d'un corps dont on n'a pu débarrasser le malade, et qui peut produire ou produit déjà des accidents aussi graves, le chirurgien doit-il renoncer à sauver son malade d'une mort imminente ? Evidemment non, et les résultats donnés par l'œsophagotomie externe et la gastrotomie nous permettent de recommander ces méthodes auxquelles il ne faut pas hésiter à recourir, toutes les fois qu'un corps arrêté dans l'œsophage n'a pu être extrait ou propulsé par des manœuvres prudentes et peu nombreuses.

CHAPITRE III

De l'Œsophagotomie externe.

Dans notre précédent chapitre, nous avons rapidement passé en revue les corps étrangers de l'œsophage en général, avec les accidents qu'ils provoquent et leur traitement habituel. Dès maintenant, nous limiterons notre travail à la portion thoracique de l'œsophage, où les interventions acquièrent une importance et un intérêt particuliers en raison même des difficultés que l'on a d'aborder l'œsophage. Nous ne reviendrons pas sur les manœuvres habituelles d'extraction et de propulsion, qui sont dans cette région particulière inefficaces et dangereuses, et nous aborderons immédiatement l'étude des interventions sanglantes pour les corps étrangers de la portion thoracique de l'œsophage.

La première en date de ces opérations, celle à laquelle on a eu presque exclusivement recours jusqu'à notre époque est l'œsophagotomie externe.

Nous esquisserons rapidement l'historique de cette opération, renvoyant pour des renseignements plus étendus à

la thèse de doctorat de M. Terrier (Paris, 1870), et la publication de Fischer (1888), ouvrages auxquels nous empruntons d'ailleurs la partie historique de ce travail.

Cette opération fut proposée pour la première fois par Verdue en 1643. Dans sa pathologie chirurgicale, il préconise comme dernière ressource l'œsophagotomie externe, mais seulement pour la région cervicale, encore faut-il sentir le corps étranger pour inciser dessus.

Guattani (1747) essaya l'opération sur des chiens et des cadavres, et affirma sa possibilité chez l'homme vivant. La communication de Guattani est postérieure à l'exécution des deux premières œsophagotomies (1738), mais ces dernières ne furent publiées qu'en 1757.

C'est à Goursaud père, médecin à Coussac-Bonneval en Limousin, que revient l'honneur de la première œsophagotomie. Elle fut pratiquée en 1738, chez un homme qui avait dans la région cervicale un morceau d'os faisant saillie sur le côté gauche. L'incision fut pratiquée en ce point et le malade guérit.

Le second cas est de Rolland (1738), chirurgien-major du régiment de Mailly. Cette seconde opération fut également suivie de succès, mais on ne possède aucun détail à son sujet.

Deux cas malheureux d'œsophagotomie externe sont rapportés dans la seconde statistique de G. Fischer (1888).

Ces opérations ont été pratiquées par deux chirurgiens italiens, Ricchi à Assises en 1797, et Rossi à Parme, en 1831.

Ces deux cas, qui ne sont pas mentionnés par Terrier, furent suivis de deux opérations heureuses de Bégin, 1831 et 1832. Dans l'une de ces interventions, le corps étran-

ger était situé dans la portion thoracique de l'œsophage (Terrier).

La même année 1832, un chirurgien anglais, Arnott, pratiquait l'opération sur un enfant de deux ans et trois mois, qui avait avalé depuis trente-cinq jours déjà un os de mouton. Le petit malade mourait cinquante-six heures plus tard et, à l'autopsie, on trouvait une perforation de l'œsophage et une pneumonie double.

En 1842, de Lavacherie extrait avec succès par l'œsophagotomie un os de la région cervicale de l'œsophage d'un homme de quarante-quatre ans. A ce sujet, il publie une statistique de 83 cas de corps étrangers ayant occasionné des accidents sérieux ou la mort.

18 fois la mort a été presque subite, 17 cas ont été suivis de mort après accidents divers ayant duré un temps variable, 12 malades sont morts d'hémorragie. Dans 26 cas les malades ont guéri malgré des accidents très graves et 10 malades ont été assez heureux pour voir l'élimination de leur corps étranger se faire par l'ouverture d'un abcès formé au voisinage.

Martini pratique en 1844 l'œsophagotomie et voit mourir son malade trois jours après de gangrène de l'œsophage.

En 1845, une nouvelle opération de Lavacherie n'est pas suivie de succès. Le malade est mort quinze jours après d'inanition. Il était âgé de soixante-huit ans et avait déjà gardé trois mois environ le corps étranger dans l'œsophage.

De 1845 à 1870, nous trouvons mentionnées dans la statistique de Fischer 21 autres opérations d'œsophagotomie externe avec 16 succès et 5 morts.

Le plus grand nombre de ces opérations ont été pratiquées par des chirurgiens anglais ou américains, notamment Syme et Cheever qui en ont plusieurs à leur actif.

Nous ne poursuivrons pas plus longtemps l'énumération des observations d'œsophagotomies pratiquées jusqu'en 1888, époque à laquelle se termine la statistique de Fischer. Nous dirons seulement qu'elle comprend un nombre total de 108 cas, sur lesquels nous trouvons 29 morts et 79 guérisons, soit 26,8 pour 100 de décès et 73,2 pour 100 de guérisons.

De cette statistique, on peut encore tirer quelques renseignements qui ont leur utilité soit pour le choix du moment à intervenir, soit pour le pronostic final.

Nous y voyons en effet que la mortalité des opérations pratiquées les deux premiers jours après l'accident est de 5 pour 100 moindre, que celle des opérations pratiquées du troisième au sixième jour, et que la mortalité des trois premiers jours est inférieure de 15 pour 100 à celle des cinq jours suivants.

On peut également y constater que la mortalité post-opératoire va augmentant progressivement de dix à quarante ans où elle est alors égale à celle de l'enfance (un à dix ans), soit $\frac{1}{3}$, se maintient stationnaire à ce chiffre jusqu'à soixante ans où elle augmente alors dans des proportions énormes $\frac{4}{5}$. Cette statistique porte sur 87 opérations.

34 opérations ont été pratiquées pour des pièces dentaires avec 27 guérisons et 7 morts, soit 20 pour 100.

33 fois l'œsophagotomie a été faite pour extraire des os et elle a donné 22 guérisons et 11 morts, soit 33 pour 100.

7 pièces de monnaie ont été extraites, avec une seule mort.

13 noyaux de fruit n'ont pas donné un seul cas de mort.

2 cailloux ont donné un succès et une mort.

Sur ces 28 cas la mort a été causée 12 fois par ulcération, perforation ou gangrène de l'œsophage, s'accompagnant de suppuration du médiastin postérieur, de fusées purulentes dans la plèvre, l'estomac et la colonne vertébrale, de pneumonie, de gangrène pulmonaire, 6 morts par hémorragie, 5 par inanition, 1 par pyhémie, 1 par septicémie, 1 par œdème pulmonaire, 1 par tuberculose pulmonaire, 1 par phénomènes pulmonaires.

Les conclusions à tirer de ces recherches trouveront leur place dans la partie de ce travail où nous traiterons des indications.

Avant de parler des observations d'opérations pour corps étrangers de la partie thoracique de l'œsophage, nous dirons quelques mots des phases par lesquelles a passé l'œsophagotomie externe en général et de l'opinion des divers auteurs ou chirurgiens, spécialement sur l'intervention dans la partie thoracique de l'œsophage qui nous intéresse plus particulièrement.

Nous avons vu qu'après l'opinion émise par Verduc, que l'œsophagotomie externe était praticable dans la partie cervicale de l'œsophage, lorsque le corps faisait saillie sur les côtés du conduit, Guattani, sur les animaux et le cadavre, Goursaud et Rolland, sur l'homme vivant, avaient montré le bien-fondé de cette idée.

A la même époque, Hévin recommandait cette opération comme dernière ressource contre les corps étrangers de

la partie cervicale de l'œsophage, et affirmait la possibilité de la guérison des plaies œsophagiennes.

L'intervention, exclusivement réservée jusque-là aux corps faisant saillie sur le côté de l'œsophage, commençait à être considérée comme possible dans les cas où le corps n'est pas senti à l'extérieur. Cette idée amenait l'invention de conducteurs permettant de trouver facilement l'œsophage. L'ectopœsophage de Vacca Berlinghieri et la sonde à dard du Frère Côme étaient recommandées dans ce but. On discutait aussi pour savoir quel était le côté où devait porter l'incision et les opinions se trouvaient divisées ; quelques-uns voulaient opérer à droite, d'autres optaient pour l'incision médiane, la plupart préféraient l'opération à gauche.

Mais toutes ces opinions restaient dans le domaine de la technique. Malgré les deux succès de Goursaud et Rolland, les opérations de Ricchi et Rossi étaient inconnues ou passées sous silence) il n'y avait aucun chirurgien qui ose tenter l'opération, car il faut bien admettre que l'occasion s'est présentée nombre de fois. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les publications faites par les chirurgiens militaires du commencement du siècle. C'est que tous les chirurgiens dont l'autorité faisait loi étaient peu partisans de l'opération, et, sans l'avoir jamais pratiquée, lui trouvaient des difficultés si considérables avec des chances de guérison si faibles qu'ils en parlaient en quelque sorte la main forcée.

Delpech admettait la pharyngotomie « quand il s'était produit une inflammation alarmante » et son intervention consistait sans doute alors en l'ouverture d'un abcès.

Boyer surtout était opposé à cette opération qu'il n'admettait que lorsque le corps faisant saillie, et sa grande autorité a été pour beaucoup dans l'abstention opératoire qui a duré un siècle tout entier.

Cependant Richeraud trouvait l'opération moins dangereuse qu'il ne semble d'abord et Vacca Berlinghieri déclarait l'opération très rationnelle, étant donnée l'innocuité relative des plaies incomplètes et surtout longitudinales de l'œsophage.

Bégin enfin est assez audacieux pour tenter à nouveau l'opération et deux succès démontrent la possibilité et l'innocuité de l'intervention. Aussi la recommande-t-il, et tout en reconnaissant qu'il est des cas où après l'insuccès des manœuvres habituelles l'organisme peut se débarrasser du corps étranger, il ajoute qu'il est bien plus fréquent de voir « survenir des accidents mortels, que rien ne peut faire prévoir avant leur manifestation, ni faire cesser lorsqu'ils ont lieu ».

« Si le malade guérit, dit-il, on s'applaudit sans doute de l'inaction que l'on a choisie; mais s'il succombe, qui absoudra le chirurgien d'être resté le spectateur glacé d'un événement aussi déplorable ? »

A la même époque un chirurgien anglais, Arnott, pratiqua l'opération sur un enfant de deux ans et son malade mourut comme nous l'avons déjà dit. Malgré cet insuccès, Arnott ne désapprouve pas l'œsophagotomie; au contraire il fait remarquer la facilité de son exécution. « Le simple fait, dit-il, de son exécution chez un enfant, sans léser un vaisseau ni un nerf importants, démontre que, tout en nécessitant des connaissances anatomiques précises, cette opération n'est pas si formidable, ce qui doit contribuer

à la faire accepter dans les cas où elle est la seule chance de salut.»

Après ces deux auteurs, Charles Bell et Velpeau recommandèrent l'œsophagotomie externe comme une excellente opération, la limitant toutefois aux cas les plus pressants.

En 1848, de Lavacherie, à propos d'une opération personnelle, publia un mémoire sur l'œsophagotomie, et, ayant recherché les accidents survenus dans quatre-vingt-trois cas de rétention de corps étrangers dans l'œsophage, arriva à conclure à la nécessité de l'intervention chirurgicale. « L'œsophagotomie est donc souvent indiquée, dit-il, contrairement à ce que je pensais. » Le siège du corps étranger nécessitant l'intervention, ne doit pas cependant dépasser la fourchette sternale, mais cette condition étant remplie, la temporisation est condamnable.

En 1854, à propos d'un cas malheureux d'œsophagotomie pratiquée par Demarquay, la Société de chirurgie se prononça d'une façon formelle en faveur de l'opération réprouvant des tentatives d'extraction assez fréquentes pour produire des rétrécissements ou des perforations de l'œsophage. Malgré cette approbation, nous avons vu que cette opération ne fut pratiquée que très rarement jusqu'en 1870 par les chirurgiens français, tandis que les chirurgiens anglais et américains en publiaient d'assez nombreux exemples. Terrier explique ce fait par l'influence des traités classiques publiés à cette époque, celui de Nélaton notamment, qui considérait l'opération comme « des plus graves et des plus difficiles de la chirurgie. »

Cependant Vidal de Cassis (1855) insistait beaucoup sur l'œsophagotomie, qu'il préconisait presque exclusi-

vement pour extraire les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.

Cheever, dans une monographie publiée à propos de trois observations personnelles, émettait la même opinion et condamnait la temporisation bien plus dangereuse, pour le malade que l'opération elle-même.

Martin, dans sa thèse sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage (Paris, 1868), a donné quelques indications plus précises sur les conditions où doit être pratiquée l'opération.

Rappelant les observations de Begin et de Syme qui ont pu retirer des corps étrangers de la partie thoracique de l'œsophage; il dit que l'opération est possible tant que le corps étranger n'a pas dépassé la première pièce du sternum, et il ajoute que l'on doit intervenir toutes les fois que les autres moyens de traitement ont échoué, car l'opération pratiquée à temps a toujours donné de bons résultats, tandis que beaucoup de corps abandonnés à eux-mêmes ont amené la mort par diverses complications.

Terrier (thèse de Paris, 1870) arrive aux mêmes conclusions. Il s'exprime ainsi : « Pour résumer notre pensée nous dirons qu'imitant la conduite du chirurgien qui est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée et qui ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie, le praticien ne doit guère quitter le malade qui a un corps étranger arrêté dans l'œsophage, qu'après l'en avoir débarrassé, soit en enlevant ce corps par la bouche, soit en le poussant dans l'estomac, soit enfin en pratiquant l'œsophagotomie externe. Cette dernière opération est d'autant mieux indiquée, qu'elle n'est pas très difficile, et surtout

qu'elle n'offre pas les grands dangers mentionnés par la plupart des auteurs classiques. »

Quoique cet auteur ne soit pas plus explicite dans ses conclusions, il admet cependant que l'opération peut être indiquée dans les cas où le corps siège à la partie supérieure de l'œsophage thoracique, et il rappelle à ce sujet les opérations heureuses de Bégin et Arnold, pratiquées dans ces conditions.

Dans une revue critique publiée dans les *Archives de médecine* en 1871, Simon Duplay considère l'œsophagotomie externe comme une opération d'urgence et s'étonne de la voir presque complètement abandonnée en France. Quoique, d'après lui, cette opération convienne surtout à la portion cervicale, il conçoit que l'on puisse, par l'ouverture œsophagienne, « aller à la recherche de corps situés dans la portion thoracique. » Il trouve que le cathétérisme souvent difficile, quelquefois dangereux, dans bien des cas, ne donne pas d'indications suffisantes pour intervenir. Les indications sont surtout fournies par la nature du corps qui, irrégulier et anguleux, peut de ce seul fait légitimer l'intervention. Le siège occupé par le corps ne vient qu'en second lieu.

Dans son *Traité des corps étrangers*, Poulet parlant de l'œsophagotomie externe, dit que, « quand son innocuité relative sera devenue manifeste par la publication de résultats plus nombreux, elle entrera définitivement dans le domaine de la pratique. » Cette opinion nous paraît bien timide, vu l'époque où elle est émise, et surtout pour la portion cervicale de l'œsophage, où il semble que l'auteur veuille limiter l'intervention, quoiqu'il admette qu'on peut cependant la pratiquer quand le corps est très

près de la fourchette sternale. Selon lui, la seule indication à opérer est la suivante : le corps n'a pu être extrait, il est volumineux ou irrégulier et « de nature à déterminer des accidents ultérieurs s'il venait à tomber dans l'estomac ». Et, plus loin, parlant des corps situés dans la portion thoracique, malgré la constatation des accidents provoqués par l'extraction, la propulsion et l'expectation, il rejette encore l'œsophagotomie : « Quand, dit-il, un corps étranger siège dans la portion thoracique de l'œsophage, il faut chercher à l'extraire sans violence par tous les moyens possibles. Si l'extraction échoue, il ne reste plus que la propulsion et l'expectation. Malgré la gravité de la situation, c'est à la propulsion qu'on doit donner la préférence. » Cinquante ans plus tôt, Bégin était moins timoré, et, dans un cas semblable, pratiquait l'opération avec succès.

Cet aperçu rapide des opinions émises sur l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage, nous montre que cette opération est admise de tous les chirurgiens, au moins en ce qui concerne la région cervicale. Comme on l'a plusieurs fois indiqué, si les résultats opératoires obtenus pour cette région ont, malgré tout, donné une mortalité de 26 pour 100 environ, c'est que l'intervention a été beaucoup trop tardive et que des complications étaient déjà survenues.

§ 1. OBSERVATIONS

I. *Bégin*, en 1832, pratique l'œsophagotomie externe chez un homme de vingt-quatre ans, qui avait avalé un morceau d'os. Celui-ci était situé derrière la première pièce du sternum. L'accident s'était produit douze jours avant l'opération.

Pansement au cérat et à la charpie sèche. On passe la sonde œsophagienne le lendemain. Guérison complète en quatre semaines.

II. *Syme* enlève, en 1862, par œsophagotomie externe, une pièce de monnaie de cuivre avalée par un homme de vingt et un ans. L'accident datait de trois mois, et la pièce était située vers le milieu de la poignée du sternum. La sonde œsophagienne est passée pendant huit jours. Après ce temps, le malade peut avaler tout seul. Guérison en dix-sept jours.

III. *Arnold*, en 1863, extrait, par œsophagotomie externe, un noyau de pêche avalé trois jours avant par une jeune fille de quatorze ans. Le corps, arrêté à 4 millimètres au-dessous de la fourchette sternale, fut fixé par le doigt d'un aide passé en arrière du sternum. On eut beaucoup de peine à saisir le corps. Pansement simple, compresses froides. La malade peut avaler deux jours après et est complètement guérie trois mois plus tard.

IV. *Péan*, en 1871, est appelé à intervenir chez un garçon de huit ans qui avait avalé un noyau de pêche. Après avoir incisé les parties molles et être arrivé sur l'œsophage, il ne peut sentir le corps sur les parois du conduit. Il déchire alors avec le doigt le tissu cellulaire entre la trachée et l'œsophage et pénètre jusqu'à une profondeur de 3 centimètres dans le médiastin. Le doigt sent alors l'extrémité aiguë du noyau qui avait perforé l'œso-

phage. Le corps est repoussé en haut avec le doigt, et les efforts de vomissement amènent l'expulsion du noyau par la bouche. Guérison en quatorze jours.

V. La même année, *Billroth* (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1872, p. 733) pratique l'opération dans des conditions tout à fait particulières. Un enfant de six ans avait un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, à la suite d'absorption d'une solution de potasse, un an auparavant. Le traitement par la dilatation permettait à l'enfant de prendre des liquides et des bouillies. Il avala un bouton qui s'arrêta au niveau de la première pièce du sternum. L'opération fut pratiquée quatre jours après avec la sonde de Vacca comme conducteur. Incision de 1 centimètre sur l'œsophage. Le bouton fut extrait avec une pince à polypes recourbée, suture de l'œsophage. Le malade peut avaler ; pas de sonde. La plaie guérit en huit jours.

L'année précédente, le même auteur avait publié un cas analogue où l'intervention ne fut pas faite et l'enfant mourut.

VI. Observation de Bosc, rapportée par G. Fischer (résumée).

Un homme de soixante-quatorze ans, très corpulent, avala le 6 janvier 1883, un morceau d'os pendant son diner. Le soir même il rentra à l'hôpital où l'on constata avec l'explorateur au niveau du cartilage cricoïde un corps qu'on ne put extraire.

Le 7 janvier, sous-anesthésie, quelques nouveaux essais, infructueux d'extraction, à la suite desquels l'œsophagotomie fut pratiquée. Le cou était si court que le cartilage cricoïde se trouvait au même niveau que la première pièce du sternum. A cause de cela, on fut obligé de prolonger l'incision sur le mastoïdien jusqu'au sternum. On avança dans la profondeur en décollant avec les doigts. Pas d'hémorragie, seule une petite veine superficielle donnait un peu de sang. On sectionna le chef sternal du sternomastoïdien pour se donner du jour, la petitesse du cou et une épaisse couche de graisse empêchaient de voir l'œsophage. On ne pouvait sentir le corps situé profondément derrière le sternum à la partie postérieure de l'œsophage. Un explorateur à boule fut

introduit par la bouche, et on ouvrit sur lui l'œsophage à la hauteur du cartilage cricoïde. A travers les lèvres de la petite incision furent passés deux fils qui permirent d'attirer l'œsophage un peu en avant. La plaie agrandie à sa partie inférieure permit d'extraire avec une pince un os de 2 centimètres $1/2$ de long sur 2 de large. Désinfection soigneuse, suture de l'œsophage au catgut. Suture du sterno-mastoidien divisé; drain jusqu'à l'œsophage, suture superficielle, pansement antiseptique.

Le soir 38°,3 (plus tard la température ne dépasse jamais, 37°6). Le malade était accablé par une toux incessante provenant d'une bronchite chronique. Il gardait le lit,

8 janvier. — Le malade avait dérangé son pansement, le drain était sorti et ne fut pas remis, car il n'y avait aucun écoulement par la plaie. Nouveau pansement antiseptique. Le malade put avaler sans difficulté du lait, du vin, du bouillon avec des œufs.

Tout allait bien et la plaie était complètement réunie, quand dans la nuit du 14 au 15 janvier se produisit une hémorragie secondaire. Quand le malade s'éveilla et éveilla le gardien, le sang jaillissait abondamment par la bouche. Mort rapide.

Autopsie. — Le sang provenait d'une petite artère qui naissait du tronc thyro-cervical et filait en haut entre la carotide et la colonne vertébrale : Artère cervicale ascendante. Le sang avait formé une poche de la grosseur d'un œuf de pigeon entre l'œsophage et la colonne vertébrale, s'était fait jour à travers l'œsophage et avait passé dans le larynx et la trachée. Les deux bronches étaient pleines de caillots. La mort était survenue non par hémorragie, mais par asphyxie. Il fut impossible de découvrir la cause de la rupture du vaisseau, qu'on n'avait pas vu pendant l'opération.

Quoique le corps étranger fût situé à la portion cervicale de l'œsophage, nous avons dû, à cause de la conformation particulière du cou du malade, la rattacher aux observations de la partie thoracique de l'œsophage.

VII. *B. May et Notley* (d'après Fischer, 1887) ont pratiqué en 1885 l'œsophagotomie externe chez un enfant de sept ans qui avait

avalé, trois ans et trois mois avant une pièce d'argent (halfpenny). Depuis cette époque, l'enfant s'était plaint de dyspnée et de dysphagie.

Le corps fut trouvé à moitié hors de l'œsophage entre lui et la branche droite, à la hauteur de la première pièce du sternum. Le corps fut extrait. Après l'opération, on remarqua que la trachée et l'œsophage communiquaient entre eux. L'enfant guérit avec un léger rétrécissement au siège de l'ulcération, sans que depuis lors la déglutition ait été gênée.

VIII. En 1885, *Lange*, après des manœuvres infructueuses d'extraction, pratiqua l'œsophagotomie externe sur un homme de quarante ans, qui avait depuis quelque temps déjà avalé une pièce dentaire. Il ne put tout d'abord ni extraire le corps ni le pousser dans l'estomac. Il parvint enfin à le refouler dans l'estomac. La plaie œsophagienne fut suturée au catgut, suture cutanée, drain. Le malade put avaler et fut guéri en quelque semaines.

IX. *H. Ström* de Christiania (*Semaine médicale*, 1888, p. 211) fut appelé en 1888 auprès d'un aliéné de vingt-huit ans, qui avait avalé dans un but de suicide un caillou. Le corps s'était arrêté à 28 centimètres de l'ouverture buccale, au-dessous de l'ouverture supérieure du thorax. Après de vains essais d'extraction l'œsophagotomie extérieure fut pratiquée sous chloroforme, par la méthode de Bégin, sur le côté gauche du cou. Le caillou, avalé depuis vingt trois heures, fut extrait. Il mesurait 5 centimètres de long sur 2,7 de large et 2,8 d'épaisseur. La circonférence était de plus de 9 centimètres; et il pesait 50 grammes. Dix jours après, la plaie était cicatrisée. Il n'y avait pas de gêne de la déglutition.

X. OBSERVATION de *M. Ardle* (*Dublin medical*, 1888, p. 310) (résumée).

M^{me} J. S..., quarante-huit ans, reçue à l'hôpital Saint-Vincent, le 6 décembre 1887. Depuis dix ans ne pouvait prendre que de la

nourriture molle à cause de la perte de ses dents. A la suite débilité générale, surtout les deux dernières années.

En novembre 1887, la première fois depuis dix ans, essaya de manger du rôti de bœuf. Le premier morceau s'arrêta au niveau du cartilage cricoïde occasionnant un grand malaise et empêchant même la déglutition des liquides. Le corps paraissait fixé à droite. Deux chirurgiens essayèrent en vain de l'extraire, ils ne réussirent qu'à le pousser plus en bas à la base du cou.

C'est alors que la malade entra à l'hôpital.

A son entrée, pâle et émaciée, expression hagarde et anxieuse. Pouls 88 très faible, dépressible 0 — 98 degrés F. Rien du côté du système nerveux ou respiratoire. Langue saburrale et jaunâtre, tendance aux vomissements, haleine fétide, diarrhée. Peut avaler quelques liquides, mais ressent chaque fois des douleurs siégeant à la partie gauche du cou et s'étendant derrière la première pièce sternale. Point douloureux, surtout entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. La pression y est très douloureuse et le doigt sent un corps de la dimension d'un petit œuf s'étendant de la ligne médiane jusqu'au milieu du sterno-mastoïdien et recouvrant en partie l'échancrure sternale. Cette tumeur est très ferme, de sensation cartilagineuse. Sur son bord supérieur passe verticalement la carotide gauche élargie, semblable à une corde, et une fois et demie au moins plus grosse que la carotide droite.

Diagnostic. — Corps étranger de l'œsophage. Perforation du tube et engagement dans la gaine de la carotide avec inflammation de sa paroi.

Pronostic. — Si on laisse le corps, danger de perforation de l'artère.

Si on l'extraît par la bouche, danger de déchirure de l'artère avec hémorragie mortelle. Œsophagotomie donne des chances de guérison.

La malade prévenue accepte l'opération.

Six grains de calomel. Diète liquide pendant quelques jours. Lavements nutritifs. Mélange de quinine et d'acide sulfurique. Amélioration du pouls et disparition de la fétidité de l'haleine.

La douleur au cou augmente ; on craint l'érosion de la carotide et on se décide à opérer.

10 décembre. — Quatre jours après l'admission. Avec une sonde flexible d'argent, on peut sentir le corps sur le côté gauche de l'œsophage derrière le sternum. Anesthésie à l'éther, épaules relevées par un billot, tête rejetée en arrière et à droite. Incision de quatre pouces sur le sterno-mastoïdien gauche dépassant le bord supérieur du sternum. Après double ligature, on coupe la jugulaire antérieure. Après avoir écarté le sterno-mastoïdien, on voit les vaisseaux fixés par leur gaine à l'œsophage. L'artère était fortement épaissie et les vaisseaux étaient entourés d'un manchon fibreux de 2 pouces de long, dont la moitié dans le thorax. Le doigt sent un corps dur au centre de l'exsudat vers la fourchette. En prévision de l'ouverture possible de la carotide pendant l'ablation du corps étranger, l'auteur prend la précaution suivante. Après section des muscles sterno-mastoïdien, hyoïdien et thyroïdien qui sont rabattus, la gaine de la carotide est déchirée avec une sonde au-dessus et au-dessous de la limite de l'exsudat et deux fils passés sous la carotide et attirés au dehors. Alors une sonde d'argent recourbée est passée par la bouche dans l'œsophage qu'on ouvre sur le conducteur. Ouverture suffisante pour introduire l'index qui sent un morceau d'os dont une extrémité fait saillie dans l'œsophage et l'autre est fixée dans la paroi.

Une pince à polypes recourbée permet d'extraire le corps, et en explorant l'œsophage, un nouveau morceau d'os est découvert fixé également à gauche parallèlement à la paroi. Celui-ci enlevé, on constate une perforation complète de l'œsophage derrière la première pièce sternale.

Plaie lavée à l'acide phénique. Tube à drainage. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement avec gaze phéniquée.

Traitement. — On donne des lavements nutritifs avec bouillon de bœuf, jaune d'œuf, liquide pancréatique, brandy et liqueur de Batley. Le soir, tendance au sommeil, faiblesse sans aucun trouble. Pansement souillé par sérosité et mucus est changé. Pouls — 80, très faible 9 = 99. Lavements toutes les quatre heures et opium dans l'intervalle.

11 décembre. — Pouls 108, fort; $\theta = 99,6$. Mal de gorge, mucosités s'écoulent par la blessure. Pansement. Lavements continués. Quelques morceaux de glace. Quelques gouttes de teinture d'aconit chaque heure dans un peu d'eau.

12 décembre. — Dort bien. Pouls 96. $\theta = 98,8$. Douleur à gauche disparue. Pas de nausées. Aconit supprimé. Glace et lavements. Une selle, urine normale. Pansements. Trois sutures superficielles sont enlevées.

13 décembre. — Pouls 92; $\theta = 98,6$. Liquides passent à travers la plaie et souillent rapidement les pansements. Lavements deux fois par jour; une cuillerée à café d'extrait de poulet glacé toutes les heures.

14 décembre. — Malade beaucoup plus forte. Pouls 88 $\theta = 98,6$. Avale facilement extrait de poulet. Lavements supprimés.

Depuis lors, la convalescente marche bien et malgré la profondeur de la blessure dans la poitrine, pas de collection de pus ou de sérosité. Jamais 100 degrés.

Jusqu'à réunion complète, la plaie est soigneusement tamponnée à la gaze iodoformée, et recouverte d'un bon pansement.

XI. OBSERVATION de *F.-A. Southam* (*Lancet*, 1889, t. II, p. 1325).

John M..., trente-trois ans, admis à l'hôpital, le 13 juin 1889, a avalé accidentellement une pièce dentaire quatre jours avant. Après son entrée, essais infructueux d'extraction. Peu après, anesthésie. Dernier essai d'extraction. Œsophagotomie externe.

Le corps est situé à 12 pouces (30 centimètres) des dents. On le saisit avec le « coin catcher » sans pouvoir l'extraire.

Ouverture de l'œsophage difficile. Une pince et une sonde introduites par la bouche ne permettent pas de voir l'œsophage, à cause de l'épaisseur du cou. On peut enfin inciser l'œsophage sur une grosse bougie, et on fait l'incision aussi bas que possible.

On aperçoit le nerf récurrent gauche à la surface de l'œso-

phage et on l'attire à gauche avec un écarteur. Une exploration avec la sonde indique que le corps est situé à 3 pouces (6, 7 centimètres) au-dessous de la fourchette sternale. On peut le sentir avec le doigt passé dans la plaie. Vains essais d'extraction par divers pinces et un lithotriteur à cause de la dureté du corps et du peu d'espace que l'on a pour manœuvrer.

On l'extrait enfin, non sans érailler sérieusement la muqueuse, par une énergique traction avec de fortes pinces, pendant qu'un aide facilitait son dégagement en glissant une sonde entre le corps et la paroi œsophagienne. Les angles et les crochets de la pièce étaient incrustés dans la muqueuse et l'accrochaient au moment de l'extraction.

L'opération dura une heure et demie et présenta de sérieuses difficultés à cause de la profondeur où l'on opérait et de la situation du corps derrière le sternum. La pièce mesurait 1 pouce $1/2$ (3, 8 centimètres). Une dent et un petit crochet aigu y étaient fixés.

Occlusion de la partie supérieure de la plaie externe. Drain à la partie inférieure. Pas de suture de l'œsophage, à cause de la dilacération des bords de la plaie.

Première quinzaine, lavements alimentaires seuls. Rien par la bouche, qu'une solution boriquée et un peu de glace.

Les huit jours suivants, tube œsophagien passé par la bouche. Après trois semaines, on cesse de passer le tube, à cause de légères hémorragies. Lait et lavements alimentaires.

Après trente jours la malade se nourrit complètement par la bouche.

Au trente-cinquième jour, guérison complète de la plaie œsophagienne. Aucun liquide ne s'échappe par la plaie externe.

Le quarante-sixième jour, le malade quitte l'hôpital, pouvant avaler sans difficulté solides et liquides. Plaie externe complètement cicatrisée.

Quelques jours après l'opération, la voix du malade était devenue rauque. Le Dr Harris constata à la sortie du malade une paralysie complète de la corde vocale gauche, indiquant que le récurrent aurait été blessé pendant l'opération, ou enveloppé plus tard dans l'exsudat inflammatoire assez abondant de la plaie.

Quelques semaines plus tard, guérison complète de la plaie ; nutrition parfaite, amélioration de la voix.

XII. OBSERVATION de *G. Fischer* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1889).

Le 27 mars 1888, un garde forestier avala un morceau d'os pendant son dîner. Une heure après, un médecin appelé ne découvrait rien avec la sonde. La nuit suivante, le malade se rendit chez son frère, médecin laryngologiste. Celui-ci ne trouva rien, pas plus avec le miroir qu'avec la sonde. Le malade s'en retourna chez lui.

Dans la nuit du 14 au 15 avril, apparurent de la douleur au cou et de la gêne de la déglutition. Les liquides seuls pouvaient passer. Le 16 avril, survint une expectoration tellement fétide, que la femme du patient fut obligée d'ouvrir la fenêtre. Le 17 avril son frère constata au laryngoscope une tumeur de la grosseur du pouce, située à la partie inférieure du pharynx et masquant les cartilages aryténoïdes. Une incision pratiquée de suite n'amena pas de pus, pas plus qu'une autre faite le lendemain. Le 19 avril, une tuméfaction légère se montra sur le côté gauche du cou. Douleur à une pression légère sur le cartilage cricoïde. La tumeur du pharynx avait diminué. Céphalée, insomnie.

20 avril. Expectoration augmentée et très fétide.

Le 21 avril, le laryngologiste amène le malade à Fischer, pour lui faire pratiquer une incision au cou. Malade au teint pâle, déprimé et convaincu que ses jours sont en danger.

Pouls assez faible. A gauche, un peu en arrière du cartilage cricoïde, tuméfaction diffuse, recouverte de peau normale, très douloureuse à la pression, un peu dure, sans fluctuation. Le malade n'a jamais eu de goitre. Pas de dyspnée, pas d'emphysème sous-cutané.

Diagnostic. Perforation de l'œsophage par le morceau d'os. Abscess rétro-pharyngien, d'où provient l'expectoration fétide, avec phlegmon du cou. Pas d'exploration nouvelle. Œsophagotomie proposée.

22 avril. — Opération. Incision sur le sterno-mastoïdien gauche. On pénètre difficilement dans la profondeur à cause de l'induration des tissus. Corps thyroïde volumineux. Pas de foyer purulent; quelques gouttes de pus jaunâtre s'échappent de la partie inférieure de la plaie. Pendant le cours de l'opération on n'en rencontre plus. Section de l'omohyôïdien. Les gros vaisseaux ne sont pas découverts, seule une petite artère donna un peu de sang. Quoique arrivé sur la colonne, le chirurgien ne peut voir ni l'œsophage, ni la trachée. Une sonde passée par la bouche n'est pas sentie dans la plaie. Une sonde à petite boule n'est pas sentie non plus; enfin une grosse bougie à bout olivaire permet de trouver l'œsophage. L'anesthésie est suspendue à cause de la faiblesse du pouls, et l'opération terminée sans encombre. On enlève la sonde pour laisser expectorer le malade; crachats fétides. Le corps étranger n'est pas senti. Incision œsophagienne sur la sonde réintroduite, paroi épaissie incisée, après quoi on arrive seulement sur l'œsophage qui est ouvert. Muqueuse rosée. Le doigt passé dans la plaie ne peut sentir aucun corps étranger. Après désinfection au sublimé, sonde introduite par la plaie jusque dans l'estomac. On donne par ce moyen du lait au malade. Rien ne s'échappe par la blessure. Plaie tamponnée à la gaze iodoformée, et pansement avec gaze iodoformée et ouate.

Les jours suivants, lait, jaunes d'œufs, bouillon, peptone.

Le lendemain 38°,6.

A partir du deuxième jour, le malade n'a plus de fièvre pendant trois semaines.

Après la chute de plusieurs lambeaux de tissus nécrosés et fétides provenant de la profondeur de la plaie, celle-ci se ferme presque complètement, ne laissant que l'ouverture de la sonde.

Le cinquième jour, le tube glisse dans l'estomac, sans que le malade s'en aperçoive. Des pinces recourbées passées dans l'ouverture ne peuvent le saisir. On place un petit drain à la place et on laisse le malade avaler tout seul.

Le neuvième jour, il mange des pommes de terre et le onzième de la viande finement hachée.

Pendant trois semaines, toux continuelle, expectoration abondante, insomnie.

Le dixième jour son frère constate une paralysie de la corde vocale gauche qui restera stationnaire.

Malgré l'apyrexie, les forces ne reviennent pas ; le malade est tourmenté par la crainte de la mort.

Au bout de trois semaines, la fièvre reparait. Le 14 mai au soir, 38°,7. Depuis deux jours douleur pendant la toux entre les épaules et râles fins à droite à la base du thorax. La percussion y est douloureuse. Pas de matité, de souffle bronchique ou de frottements pleuraux.

16 mai. — A la base droite, submatité, fièvre.

19 mai. — La nuit, toux fréquente. Expectoration abondante. Douleur dans tout le côté droit du thorax avec matité et râles crépitants. Pendant quelques jours saveur sulfureuse dans la bouche.

20 mai. — Ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz ne donne rien. Herpès sur l'aile droite du nez. Le soir 38°,5.

22 mai. — Toux violente ; expectoration abondante et affreusement fétide. La morphine ne calme pas la toux.

23 mai. — Le matin 35°,7. Ponction exploratrice dans le neuvième espace amène un exsudat épais et fétide. Ouverture de la plèvre, avec résection d'un morceau de côte de 3 centimètres. On enlève une sanie fétide, jaune-verdâtre. Plèvre épaissie. Le doigt rencontre des adhérences en haut et en bas. Lavages avec de l'eau salicylée chaude. Drain, pansement ouaté. Le malade est épuisé ; on lui donne du champagne, du rhum, et un œuf.

24 mai. — Le matin 34°,8. Collapsus rapide. Mort à midi.

Autopsie. — Plaie œsophagienne cicatrisée sauf à la surface sur une étendue de 3 centimètres. Une sonde ne pouvait y pénétrer sans violence. Au-dessous, tissu cicatriciel blanchâtre.

Le poumon droit présente des adhérences multiples. Plèvre costale rose et injectée, depuis en bas jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale ; en haut lisse et jaunâtre ; pas d'exsudat. Adhérence au sommet, la base est réunie au diaphragme. Sur le lobe inférieur exsudat fibrino-purulent. Au milieu et en arrière du lobe inférieur ulcération superficielle irrégulière de 3 centimètres de diamètre,

à bords déchiquetés et de mauvais aspect, au-dessous caverne gangréneuse avec masses putrides, jaune-verdâtre, extrêmement fétides. Tout près, deux autres petites cavernes. Le reste du lobe inférieur droit est en hépatisation rouge.

Au sommet du lobe supérieur droit, au-dessous des adhérences, une caverne de la grosseur d'une noisette avec contenu sanieux.

Poumon gauche emphysémateux, légèrement œdémateux.

Rien dans les viscères voisins. Le médiastin postérieur ne présente ni cavité purulente, ni induration cicatricielle, ni trajet fistuleux.

L'œsophage est normal sur sa paroi postérieure et du côté de la trachée. Sur la moitié gauche de sa face interne on voit une dépression de la grosseur d'une tête d'épingle, dans laquelle une sonde maniée prudemment ne peut pénétrer et sur laquelle passe une bande de muqueuse en forme de pont. Cette dépression est considérée comme la cicatrice de l'incision de l'œsophagotomie. Tout autour et en haut muqueuse normale et rosée. Pas de cicatrice, pas d'ulcération. On rencontre quatre petites saillies grosses comme des lentilles, que l'on regarde comme des productions épithéliales.

Dans l'estomac se trouve inaltérée la sonde, longue de 34 centimètres. Muqueuse partout, brillante, sans ulcération, avec de petites taches sanguines disséminées, veines gonflées.

Dans l'intestin, rien d'anormal.

Le larynx présente ses cordes vocales dans la position cadavérique.

Rien du côté de la trachée et des bronches.

Lobes thyroïdiens de la grosseur d'un rein d'enfant; le gauche un peu plus volumineux.

Cœur gros et gras. Foie de même. Un calcul de 9 centimètres de circonférence dans la vésicule. Reins pâles et troubles. Rate grosse et très molle.

On ne trouve pas de corps étranger.

XIII. OBSERVATION de *Fr. Eve* (*Société clinique de Londres*, octobre 1892, *British medical Journal*).

Une jeune fille de dix-sept ans, vient en juillet 1889, consulter Fr. Eve pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage consécutif à l'absorption d'acide nitrique vingt mois avant. Le rétrécissement profondément situé dans le cou admettait une bougie n° 11. Un tube de Simonds n° 7 fut passé et laissé à demeure.

Le 29 juillet on le remplaça par un n° 11 tout neuf.

Le 31, en essayant d'enlever le tube, on arracha le fil attaché à son extrémité et le tube resta en place. Le même soir des essais d'extraction avec des pinces restèrent infructueux.

3 août. — Œsophagotomie gauche, faite aussi bas que possible. Malgré cela on fut obligé d'attirer en haut l'œsophage avant de pouvoir saisir le tube. En attirant encore davantage l'œsophage, on put sectionner le rétrécissement avec des ciseaux.

La blessure externe fut fermée avec des sutures et la blessure œsophagienne laissée ouverte. La malade guérit bien.

On la perdit de vue du 16 novembre 1889 au mois de novembre 1891. Tout ce temps, elle se porta très bien et n'eut aucune peine à avaler. Une bougie n° 18 passait bien.

La mobilité de l'œsophage suivant l'axe vertical était considérable.

XIV. OBSERVATION de *Willoughby Furner* (*The Lancet*, 1891, p. 979, I. 1).

E... B..., quarante-quatre ans, mariée, mère de famille admise à l'hôpital le 6 novembre 1889.

A ce moment, la malade éprouvait de grandes difficultés à avaler et était émaciée.

Le 4 mai 1884, elle avala une pièce-dentaire, pendant qu'elle donnait le sein à son enfant. Elle fut prise de suffocation, fut

incapable de saisir la pièce et la poussa plus avant. Difficultés pour avaler, les liquides seuls pouvaient passer avec un peu de viande hachée et de la mie de pain. La dysphagie, variable comme intensité mais constante, a augmenté dans les derniers temps. La malade rapportait le siège de l'obstruction à *1 pouce 1/2 au-dessous de la fourchette sternale*. Parfois dyspnée de courte durée (une ou deux minutes). La malade était bien sûre de la date de l'accident, c'était pendant l'allaitement de son plus jeune enfant.

Une sonde rencontra l'obstruction à 10 pouces 1/2 (265 millimètres) des dents. Le corps saisi avec le *coin-catcher* semblait s'enfoncer dans les tissus voisins. Une longue pièce dérâpa et ne put faire de nouvelle prise. On proposa d'autres mesures, mais la malade demanda à retourner chez elle.

Revient le 30 janvier 1890.

Le 17 février, anesthésie au chloroforme. Œsophagotomie. Incision habituelle de 3 pouces de long à gauche (75 millimètres). L'omohyoïdien est divisé. On introduit dans l'œsophage une grosse bougie sur laquelle le conduit est ouvert par sa face postérieure.

Avec le doigt, on sentit le corps dont l'extrémité supérieure faisait saillie dans l'œsophage et dont le reste était logé dans un diverticule à droite. L'extraction fut pénible, diverses pinces dérâpèrent successivement, enfin une forte pince droite l'amena au dehors grâce à un mouvement combiné de traction et de rotation qui demanda un effort considérable. Une petite quantité de sang accompagna l'extraction.

Plaie lavée avec une solution antiseptique faible. Ligature d'une petite artère du sterno-mastoïdien. Pas de suture œsophagienne. Plaie cutanée suturée dans ses deux tiers supérieurs. Drain à la partie inférieure.

Choc opératoire léger. Pas de vomissements. Plaie fréquemment lavée avec de l'eau boriquée. Lavage de la bouche avec la même solution. Aucune nourriture par la bouche les premiers jours. 4 onces de bouillon de bœuf étaient donnés par le rectum toutes les trois heures.

Malgré tout, la plaie prenait mauvais aspect. La salive coulait en abondance par la plaie. Le troisième jour on essaya d'introduire

la nourriture dans l'œsophage par une sonde élastique passée par la bouche. Des efforts de vomissements se produisirent et 1 once de lait déjà injecté passa en entier par la blessure.

La malade s'affaiblissait, était agitée et tourmentée par la faim. La plaie recouverte d'un exsudat grisâtre, était rouge et tuméfiée. On renonça à un nouvel essai de nourrissage et le cinquième jour au soir, on fit prendre à la malade un peu de lait par la bouche, en la faisant asseoir sur son lit et se pencher en avant. Elle but avidement 10 onces de lait et il n'en sortit qu'une cuillerée par la plaie.

Elle reprit ses forces progressivement. La plaie se détergea, la douleur et le gonflement disparurent.

Au vingt-quatrième jour, elle pouvait avaler du pain avec du lait.

Au vingt-huitième jour, la plaie était fermée. La malade se remit complètement en quelques jours sans altération de la voix.

Quelques mois après, elle était bien portante et avalait sans difficulté.

Remarque. — L'auteur fit l'incision à la partie postérieure du conduit, parce qu'il considère que c'est le lieu d'élection pour éviter le récurrent.

XV. OBSERVATION de M. Terrillon (*Revue de chirurgie*, 1893, p. 339).

En octobre 1892, l'auteur de la communication fut appelé auprès d'un homme de vingt-six ans, qui avait avalé une pièce de 5 francs. Celle-ci s'était arrêtée à 22 centimètres environ des arcades dentaires dans la partie thoracique de l'œsophage. Des essais d'extraction avec le panier de Græfe et l'extracteur de Collin ne donnèrent aucun résultat.

M. Terrillon pratiqua l'œsophagotomie, aussi bas que possible. Le corps fut extrait sans difficulté. L'ouverture œsophagienne fut suturée ainsi que la plaie externe à la partie inférieure de laquelle on plaça un drain.

Des lavements alimentaires furent donnés pendant trois jours.

La plaie externe fut cicatrisée en onze jours.

De la douleur dans les mouvements de déglutition dura quinze jours. Au bout de ce temps la guérison était complète.

L'auteur communique en même temps un cas absolument semblable, où le malade, un homme de vingt-deux ans, refusa l'opération et mourut vingt-deux jours après, d'hémorragie due à la perforation de l'aorte.

XVI. OBSERVATION de *M. Segond* (*Revue de Chirurgie*, 1893, p. 339).

Dans la même séance, M. Segond rapporte le cas d'une femme de quarante ans, qui avala « deux pièces de dentier » pendant son sommeil. Dès le lendemain se produisirent de vives douleurs avec sensation d'étouffement. Le corps siégeait vers la fourchette sternale.

Un essai de propulsion ne donna pas de résultat, et un essai d'extraction avec le panier de Græfe ne fut pas plus heureux.

L'œsophagotomie fut pratiquée. Le corps saisi avec une pince ne pouvait être amené au dehors, parce que les crochets de la pièce se fixaient dans la muqueuse. Avec une sonde cannelée recourbée, l'auteur fit basculer le corps dont l'extraction fut alors facile.

L'œsophage fut suturé au catgut. Drain. Suture cutanée. Quatre jours après quelques gouttes de mucosité s'écoulèrent par le drain. La malade guérit quand même.

XVII. PREMIÈRE OBSERVATION de *G. W. Gay* (*Boston médical*, 1892, p. 332).

Le 16 octobre 1891. — Léna ..., trois ans et demi, entre à l'hôpital de Boston. Il y a huit mois environ, elle a avalé un « cent », monnaie de 3/4 de pouce de diamètre. Accès d'étouffement, et on

remarquait l'absence de la pièce. Les symptômes d'étouffement s'amendèrent et l'enfant reprit sa vie habituelle pendant six mois. Alors survinrent des vomissements augmentant progressivement d'intensité, jusqu'au jour où Gay vit l'enfant.

Elle s'émaciait et était tourmentée par la faim et la soif. Les solides et une partie des liquides étaient vomis, une minute après être avalés. Anesthésie au chloroforme pour éviter le spasme de la glotte et la sécrétion de mucosités trachéales et bronchiques.

Une sonde à boule d'ivoire indiqua la présence du corps étranger à la partie inférieure de l'œsophage.

Incision d'un pouce et demi, entre la ligne médiane et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, oblique en bas et en dedans, et partant de la pointe du cartilage thyroïde. Muscles sterno-hyoïdien thyroïdien et omo-hyoïdien, en dedans; sterno-mastoïdien avec gaine carotidienne et son contenu, en dehors. Glande thyroïdienne volumineuse attirée en haut vers la ligne médiane. Aponévrose profonde incisée. On fait saillir l'œsophage au moyen d'une sonde utérine introduite par la bouche. Ouverture du conduit sur la sonde; les bords de la plaie sont fixés avec des fils de soie. Pas d'hémorragie, pas besoin de ligatures.

Corps étranger senti avec la sonde paraît logé sur la paroi antérieure de l'œsophage à environ 2 pouces (5 centimètres), du sommet du sternum et à 3 ou 4 au-dessous de l'ouverture œsophagienne. Il est saisi sans trop de peine avec une pince recourbée et extrait. La pièce de monnaie portait avec elle une peau de grain de raisin qui lui était adhérente. Elle était noircie, mais pas érodée.

Plaie laissée ouverte, tube à drainage fixé pendant vingt-quatre heures. L'enfant supporta bien l'anesthésie et tout de suite demanda à boire. Pendant quelques heures, rien par la bouche. Après, glace et eau froide en petite quantité. Le jour suivant, eau et lait à discrétion. Un peu de liquide s'échappait par la blessure, chaque fois que la malade buvait. La plaie guérit bien; pas d'abcès, pas de suppuration. Lavements de lait peptonisé et de crème, toutes les deux ou trois heures, le premier jour.

Deux jours après la température s'éleva. L'enfant était triste et urinait peu. Cataplasme de feuille de digitale appliqué sur le dos. Vingt-quatre heures plus tard, l'enfant était bruyant et éveillé. La convalescence marcha bien. Les liquides s'échappaient assez librement par la plaie pendant cinq jours. Cet écoulement baissa rapidement et disparut environ dix jours après l'opération. Au bout de treize jours l'enfant pouvait se promener dans la salle et rentrait dans sa famille le 31 octobre. A ce moment la plaie était une simple ligne granuleuse. Elle fut revue dix jours plus tard. La blessure était bien guérie ; l'enfant mangeait toute sorte de corps solides, et allait aussi bien que possible.

XVIII. DEUXIÈME OBSERVATION de *Gay*.

James C..., vingt-huit ans, le 18 juin 1891, fit une chute de voiture, tomba sur la face, et une pièce dentaire portant 4 dents fut projetée dans son gosier. L'attention de cet homme fut d'abord attirée sur la perte de son râtelier, par une douleur à l'épigastre. Il ne pouvait avaler que des liquides et avec beaucoup de peine. A son entrée à l'hôpital, quatre jours après l'accident, il portait les marques de la souffrance, due à une nourriture insuffisante, à des habitudes d'intempérance et à l'irritation continue du corps étranger.

Le corps fut senti aisément à une distance de 13 pouces (32,91), des incisives supérieures et environ 4 pouces (10 centimètres) au-dessous de la fourchette sternale. Tuméfaction légère du cou, au dessus du sternum et de la clavicule.

Le patient fut endormi tout de suite, et l'opération pratiquée à gauche, selon la méthode habituelle. Une pince recourbée passée par la bouche, faisait saillie à travers les parois de l'œsophage. Par ce moyen, il fut plus facile d'inciser le conduit, qu'avec une sonde ou un explorateur. Pas d'hémorragie. Le râtelier fut trouvé à 6-8 pouces de la blessure, saisi avec une longue pince et enlevé sans trop de difficultés. Ses dimensions étaient 1 pouce 1/2 sur 1 pouce 3/4, la plaie fut fermée avec des fils de soie. Cette ma-

nière d'agir avait bien réussi dans un autre cas, mais le malade n'était pas dans des conditions favorables.

« La méthode de laisser la plaie ouverte est certainement la meilleure pour ces cas, où un drainage est nécessaire le plus souvent. »

Le malade se remit très imparfaitement de l'opération, malgré de fréquentes injections de nourriture et de stimulants. Le délire survint bientôt, et un état typhoïde s'établit. Le troisième jour après l'opération, la blessure était ouverte et les tissus trouvés infiltrés et la suppuration imminente. Pas de pus. L'état de septicémie était avancé. Une nourriture abondante et des stimulants furent donnés par une sonde stomacale. Les symptômes s'aggravèrent jusqu'à la fin qui survint cinq jours après l'opération. La mort était due à la septicémie et à l'épuisement.

XIX. OBSERVATION de *M. Gervais*, publiée par M. L. Duffau
(*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 novembre 1892).

M. H..., vingt et un ans, chaudronnier, entré à l'hôpital, le 12 octobre au matin. Il dit venir d'avaler un gros caillou, qu'il tenait à la bouche, quand, surpris par des agents de police qui le cherchaient, il a dans sa fuite, fait un mouvement inconscient de déglutition et a avalé le corps. Service de M. Gervais.

On l'examine à la visite : on ne constate rien à la vue et au toucher sur le cou ou dans le pharynx.

En déprimant les parties molles au-dessus de la fourchette sternale et dirigeant les doigts en arrière et en bas, on provoque une douleur assez vive et on a la sensation vague de quelque chose de dur, difficile à délimiter.

L'exploration avec les sondes à bout olivaire permettait de constater au point douloureux un corps sur lequel la sonde produisait un bruit spécial et caractéristique. L'explorateur était alors à 21 centimètres de l'arcade dentaire supérieure. Impossibilité de passer entre le corps et la paroi de l'œsophage.

Déglutition très difficile ; les liquides seuls, bus en petite quantité, pouvaient passer. Si le malade buvait plus vite, une partie du liquide reflua. Les autres aliments étaient rejetés aussitôt.

Le malade était donc porteur d'un corps volumineux arrêté dans la première partie de la portion thoracique de l'œsophage. Le patient était déjà fatigué par ces manœuvres et les tentatives faites ce jour-là pour extraire le corps (panier de Græfe, curette de Leroy, pince de Collin, etc.), furent infructueuses.

Les essais renouvelés le lendemain furent inutiles. Le caillou fortement serré par les contractions spasmodiques de l'œsophage ne cédait pas aux tractions. Vu son immobilité et son volume, on ne pouvait songer à refouler le corps dans l'estomac. Il ne restait qu'une ressource, faire l'œsophagotomie externe.

Cette opération fut pratiquée le 17 octobre par M. Gervais, aidé de M. Dubourg.

Incision de 10 centimètres environ sur le bord antérieur saillant du sterno-mastoïdien gauche, se terminant au niveau du sternum. Après avoir incisé les parties molles, récliné la gaine des gros vaisseaux en dehors, reconnu la trachée, écarté légèrement le lobe gauche du corps thyroïde, l'œsophage fut trouvé assez facilement, abordé et incisé sans incident.

On put alors constater par le doigt introduit dans l'ouverture œsophagienne, qu'il s'agissait bien d'un caillou, du volume d'une grosse prune aplatie et dont le grand axe était parallèle à celui de l'œsophage.

L'extraction fut laborieuse. Les difficultés provenaient de l'enclavement du corps par la contraction de l'œsophage, de sa forme, de son volume et de sa situation profonde. Les diverses pinces employées n'avaient aucune prise sur le corps uni comme un galet.

Après des tentatives répétées avec différents instruments, le corps fut enfin saisi et retiré au moyen de longues pinces plates.

Champ opératoire aseptisé, bords de la muqueuse œsophagienne suturés ; on ne toucha pas à la tunique musculaire. « D'après Terrier, il résulterait en effet, d'expériences de Collin (d'Alfort), que la suture appliquée à la fois aux tuniques muqueuse et muscu-

laire ne remplit pas le but qu'on se propose, attendu que les contractions de la musculaire ne tardent pas à amener la section des parties comprises entre les fils ». Quelques points furent placés sur l'enveloppe fibro-élastique.

L'œsophage fermé, on mit une mèche de gaze iodoformée dans le fond de la plaie. Cette mèche sortait par un petit orifice laissé à la partie inférieure de l'incision superficielle. Tout le reste était réuni au crin de Florence.

Malade alimenté à l'aide d'une sonde. Suites de l'opération excellentes. Jamais plus de 38 degrés.

Le 26, neuf jours après l'opération, le malade commençait à boire sans sonde. Rien ne s'écoulait par la plaie œsophagienne, qui paraissait parfaitement réunie. Sutures superficielles enlevées le lendemain. Depuis, le malade est absolument guéri.

Cependant un peu de raucité de la voix est survenue, due probablement à ce que, malgré les précautions prises, le nerf récurrent à été intéressé.

Le Dr Moure après avoir vu le malade et constaté la paralysie de la corde vocale gauche presque en « position cadavérique, conclut à la section du récurrent pendant l'opération ».

XX. OBSERVATION de R. Abbé (*New-York médical*, 1892, t. II, p. 319).

En juin 1892, se présenta à l'hôpital, un homme de trente cinq ans, se plaignant de dysphagie, émacié et considéré comme phthisique à la dernière période. L'année précédente, un épuisement progressif s'était établi et depuis quelque temps il avait perdu en moyenne une livre par jour. Les mouvements de déglutition amenaient des quintes de toux et de l'étouffement. Il ne pouvait avaler que de petites gorgées de liquides qui réveillaient ces sensations pénibles. Souvent même il les régurgitait en grande partie. Il était en traitement depuis trois semaines dans un service de médecine, quand on l'amena chez M. Abbé.

La plus fine bougie ne pouvait passer au delà d'un rétré-

cissement situé à 4 pouces (10 centimètres) au dessous du cricoïde.

Comme ce n'est pas le siège habituel d'une tumeur maligne, on demanda au malade s'il n'avait rien avalé qui pût s'arrêter dans sa gorge. Il répondit négativement ; mais le lendemain après réflexion, il dit se rappeler que l'année précédente, il s'était enivré un jour, avait perdu son dentier et s'en était fait confectionner un autre sur-le-champ. Les jours suivants il avait consulté un médecin pour des troubles de la déglutition. En l'espace de deux mois, il vit deux ou trois autres médecins et finalement rentra à l'hôpital de Philadelphie. Chaque fois il exprima la crainte d'avoir avalé son dentier, mais après des examens répétés avec des sondes molles, comme on lui affirmait qu'on ne pouvait rien sentir, il finit par renoncer à cette idée et fut traité le reste de l'année, comme dyspeptique ou phtisique.

Douleur peu prononcée, mais constriction, étouffement, régurgitation, toutes sensations très pénibles accompagnées de toux et d'amaigrissement progressif.

En présence de cette conjecture, on introduisit dans l'œsophage une bougie à boule métallique qui produisit sur le dentier un choc aigu que les sondes molles n'avaient pu révéler. Impossibilité absolue de passer la bougie la plus fine. Le jour suivant, œsophagotomie.

Sous-anesthésie, l'incision habituelle longue de 3 pouces fut faite aussi bas que possible sur le bord du sterno-mastoïdien gauche. L'omohyoïdien fut divisé ainsi que la thyroïdienne supérieure. Le corps thyroïde entourait complètement l'œsophage, jusqu'à sa face postérieure. Les vaisseaux arborisés à sa surface permirent de le distinguer nettement de l'œsophage. Une grosse bougie flexible en étain fut passée par la bouche. Incision verticale sur la sonde ; ouverture de 1 pouce $\frac{1}{4}$ à travers laquelle le doigt introduit sentit le ratelier à 1 pouce $\frac{1}{2}$ de l'échancrure sternale (3,8 centimètres).

Des fils de soie placés à l'extrémité inférieure de l'incision œsophagienne en écartaient les bords pour éviter de les blesser pendant l'extraction. Une longue pince garnie enleva le corps avec

l'aide d'un doigt de l'autre main, introduit pour dégager les crochets de l'appareil qui s'engageait parfois dans la muqueuse. Le dentier était placé en travers, sa concavité en haut et les fausses dents tournées en avant. Il s'était formé dans l'œsophage une dilatation fusiforme, où le corps pouvait se mouvoir.

Une volumineuse sonde stomacale fut rapidement passée dans l'estomac après l'enlèvement du corps étranger. Suture immédiate au catgut fin des tuniques sous-muqueuse et musculaire de l'œsophage. Blessure externe tamponnée légèrement à la gaze iodoformée.

Le jour suivant, lavements nutritifs, lait stérilisé introduit par une sonde de petit volume dans l'œsophage.

Pendant dix jours, liquides bouillis comme boisson.

Suture œsophagienne guérie par première intention, sans laisser échapper une goutte de liquide.

Plaie externe fermée par bourgeonnement.

Aliments mous le onzième jour.

Le quinzième jour, le malade était sur pied, la blessure guérie. Il avait gagné du poids et on pouvait passer une sonde ordinaire.

Deux mois plus tard, une sonde de moyen volume passait facilement, et le malade s'améliorait de jour en jour.

XXI. PREMIÈRE OBSERVATION de *Gerster* (*New-York medical*, 1892, t. I. p. 150.)

En 1878, un colporteur vit un morceau de bœuf bouilli s'arrêter dans son œsophage. Dyspnée passagère, dysphagie. Un médecin tenta la propulsion et dut s'arrêter à cause de la douleur provoquée. Gerster examina le malade six jours après, trouva le corps arrêté à 23 centimètres des incisives et ne put l'extraire, ses pinces ayant dérâpé.

Il pratiqua l'œsophagotomie cinq jours plus tard. Le malade avait de la fièvre et ne pouvait manger. C'est après bien des difficultés qu'il arriva à extraire un os triangulaire de 4 centimètres

de côté. La plaie externe fut laissée ouverte. La fièvre continua ; la blessure s'enflamma et se recouvrit d'un enduit pultacé. Le cinquième jour après l'opération survint pendant la nuit une hémorragie provenant de la jugulaire interne. Le malade mourait avant l'arrivée du chirurgien.

L'auteur conclut qu'il faut opérer de bonne heure et dit que, dans ce cas, la difficulté était grande en raison du volume du corps et de ses angles acérés.

XXII. DEUXIÈME OBSERVATION de *Gerster*.

Margaret K..., neuf ans, avale un sifflet biconvexe en étain, le 22 mars 1889. Le médecin de la famille fait de nombreux essais d'extraction sans résultat.

Le 29 mars, la malade entre à l'hôpital. On constate la présence du corps à l'ouverture thoracique. Il est saisi avec une pince, mais on ne peut ni l'extraire, ni le repousser dans l'estomac.

Séance tenante, on pratique l'œsophagotomie externe sous chloroforme. L'extraction est difficile. On a de la peine à déplacer et à enlever le corps étranger avec les pinces. L'œsophage est suturé et la blessure externe tamponnée. Alimentation par le lait. Rien ne s'écoule par la plaie. La malade est guérie en treize jours, sans avoir jamais présenté de fièvre.

XXIII. TROISIÈME OBSERVATION de *Gerster*.

Samuel B..., deux ans, avale un penny, le 28 mars 1889. Les liquides seuls peuvent passer. Douleurs abdominales. Après onze jours d'attente, admission du malade à l'hôpital du Mont-Sinaï. 9 avril, malade examiné sous-anesthésie. Pas de fièvre. On sent le corps à 7 pouces $1/2$ (18 centimètres environ) des incisives inférieures. Essai infructueux d'extraction. Pas d'essai de propulsion par crainte de l'existence d'une ulcération de l'œsophage. Œsopha-

gotomie par méthode habituelle. Le corps fortement retenu est extrait avec peine. Suture œsophagienne. Plaie externe tamponnée. Tout de suite alimentation par la bouche. Le troisième jour, léger suintement disparu trois jours plus tard. Pas de réaction fébrile ou locale.

Le 14 avril, le malade prend la rougeole. Malgré cela, la plaie est guérie en quinze jours, mais le malade reste à l'hôpital jusqu'au 11 mai, par suite de cette complication, dont il guérit très bien.

XXIV. — PREMIÈRE OBSERVATION de *M. Roux*, de Lausanne.
(*Revue médicale de la Suisse romande*, mai 1893.)

Un portier avale un demi-dentier pendant la nuit. Essais infructueux avec le panier de Græfe et la pince de Thiemann. Œsophagotomie externe. Après incision de l'œsophage, on essaie d'extraire le corps avec la pince et les doigts. Le dentier situé à l'entrée du thorax ne peut être déplacé.

On est obligé d'agrandir l'incision, jusqu'à ce qu'on voie les angles de la pièce, qu'on peut alors dégager des parois, où ils sont profondément implantés.

C'est une demi-plaque palatine portant deux incisives et ayant à ses deux extrémités deux crochets pour fixer la pièce aux deux molaires postérieures. Ces crochets enfoncés dans la paroi de l'œsophage ne pouvaient être mobilisés. La pointe des dents était également fixée dans la paroi, d'où danger de léser gravement l'œsophage et peut-être la thyroïdienne inférieure. Le plus grand diamètre de la pièce était en position oblique.

XXV. DEUXIÈME OBSERVATION de *M. Roux*.

Un second malade avait avalé un morceau de verre de 5 millimètres d'épaisseur, 5 centimètres de long et 3 centimètres de large. Le corps avait été dégluti précipitamment pour sauver le contenu d'une bouteille de vin qui venait d'être cassée.

Lorsqu'on peut examiner le malade, celui-ci se plaint de vives douleurs que l'on croit simulées (prisonnier.) Le lendemain un peu de sang noir est rejeté par la bouche et on constate la présence du corps au-dessous de l'entrée du thorax. On essaie de l'enlever avec la pince, et malgré une bonne prise, le corps résiste d'une façon absolue. Des efforts prolongés étant dangereux, on pratique l'œsophagotomie.

Après incision de l'œsophage, on essaie d'extraire le corps, le doigt étant introduit par la plaie et la pince par la bouche. Il faut encore une fois inciser le conduit jusqu'à ce que l'angle du corps étranger soit dégagé. Il est obliquement situé et ces angles sont incrustés dans la paroi de l'œsophage.

Pour pratiquer cette incision, l'œsophage est attiré en haut et le fragment de verre désenclavé et extrait facilement. C'est un trapézoïde à diagonale maximum de 5,5 centimètres. Une de ses extrémités est fine et tranchante; toutes les deux sont solidement engagées, et on peut éponger des caillots déjà décomposés.

Dans les deux cas, les plaies sont laissées ouvertes avec un tampon de gaze iodoformée. Les malades sont nourris à la sonde pendant quelques jours. L'un est guéri, abandonnant son dentier, l'autre est en bonne voie.

« Vu la bénignité de l'opération et les dangers de l'expectation, comme ceux des tractions forcées, M. Roux recommande l'œsophagotomie externe dans tous les cas semblables. C'est une opération très facile et la seule conduite à tenir. »

XXVI. OBSERVATION de *M. Gangolphe* (inédite).

* R. J..., quarante-sept ans, aliéné, pensionnaire de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, avalait un gros caillou sous prétexte d'étancher sa soif, le 26 mars 1893.

Le médecin de l'établissement, aussitôt prévenu, constata que le malade ne pouvait rien avaler, pas même les liquides. De l'huile qu'on donna au malade dans l'espoir de faire glisser le corps, fut également rejetée. Quelques essais d'extraction faits par la bouche restèrent sans résultat.

Le lendemain, vingt-quatre heures après l'accident, M. Gangolphe fut invité par le médecin traitant à visiter le malade. Celui-ci ne présentait pas d'autres symptômes qu'une impossibilité absolue d'avaler. Rien du côté de la respiration ou du larynx. Le corps fut trouvé à 21 centimètres des arcades dentaires. Des essais d'extraction furent faits pendant vingt minutes avec une pince à mors dentés. La pince dérapait toujours sans amener le corps étranger. La tolérance excessive que présentait le malade explique la durée assez longue de ces manœuvres, que M. Gangolphe ne crut pas devoir prolonger. Il proposa alors de pratiquer l'œsophagotomie externe. Les diverses formalités exigées par l'état de tutelle où se trouvait le patient retardèrent l'opération de vingt-quatre heures.

Le 29 mars, le malade est admis à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Gangolphe. L'anesthésie à l'éther est faite sur-le-champ. Le cou exploré par la palpation ne donne aucune sensation particulière. Rien non plus du côté de la voix.

Incision pratiquée à gauche sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, s'étendant de l'os hyoïde à la fourchette sternale. Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume. Le muscle omohyoïdien est sectionné. Les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien sont également coupés en travers, ce qui donne un jour considérable et permet de relever le lobe gauche du corps thyroïde. L'artère thyroïdienne inférieure est également divisée entre deux ligatures.

La trachée est reconnue, et l'on voit facilement en arrière d'elle l'œsophage, qui présente un aspect gris-blanchâtre. Le doigt porté derrière la fourchette sternale, trouve aisément le corps étranger. L'ouverture de l'œsophage est faite juste au-dessus de l'obstacle. Le corps est saisi avec des pinces, mais il est solidement enclavé et celle-ci dérapent à deux ou trois reprises en produisant des étincelles. On arrive enfin à l'enlever. Pas d'hémorragie. Œsophagite intense au voisinage du corps. Quelques gouttes de pus.

Le corps est un caillou gris-noirâtre, de consistance très dure, aplati, et dont les angles et les bords sont émoussés et arrondis. Il a la forme d'un trapézoïde dont les côtés seraient légèrement

incurvés. Il mesure 4,5 centimètres dans son diamètre transversal maximum, 3 centimètres dans son diamètre vertical, 13 millimètres d'épaisseur, et 115 millimètres de circonférence. Il était placé dans l'œsophage, la base tournée en haut, et reposant sur la colonne vertébrale par une de ses faces, l'autre étant tournée en avant.

On ne fait pas de suture de l'œsophage. Un seul point de suture est placé à la partie supérieure de la plaie externe. Une sonde en caoutchouc rouge est introduite dans la plaie œsophagienne, et fixée au bord de la plaie par un fil métallique, son extrémité libre était recourbée et contenue dans le pansement. Léger tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement ordinaire.

Trois fois par jour, on injecte par la sonde dans l'estomac du malade du lait, du bouillon, des œufs clairs et du vin.

Quelques mucosités s'échappaient parfois de la plaie et provenaient soit de la bouche, soit de légères régurgitations pendant qu'on nourrissait le malade. Ces mucosités étaient très odorantes et le pansement était renouvelé tous les jours.

Légère élévation de température. Jamais plus de 38°,5. Le quatrième jour la température était redevenue normale.

Aucun incident ne survint et la plaie se ferma rapidement. Le 15 avril, dix-sept jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital gardant toujours sa sonde fixée dans la plaie.

A son retour à l'asile, cette sonde fut enlevée, et le malade fut nourri avec une sonde passée par le nez pendant une douzaine de jours. Après ce temps, on laissa le malade avaler seul.

Nous avons pu voir le malade quatorze mois après l'opération. Il se porte bien et n'accuse aucune gêne à la déglutition. Il ne présente aucun phénomène douloureux même à une pression énergique. Sa voix n'a jamais été altérée. La cicatrice cutanée n'est pas adhérente. Elle est réduite à une ligne blanchâtre, à peine plus pâle, que la peau et n'est nullement disgracieuse. Pas de dépression ni de déformation du cou. Le corps thyroïde n'est pas apparent.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'autres observations d'œsophagotomie pour corps étran-

gers de la portion thoracique de l'œsophage. C'est donc 26 cas d'œsophagotomie connus jusqu'à ce jour, parmi lesquels nous trouvons 22 guérisons et 4 morts, soit une mortalité de 15,4 0/0.

Le premier cas malheureux est celui de Bosc. Le corps était situé au niveau du cartilage cricoïde, et quoiqu'il se trouvât en un point aussi élevé de l'œsophage, nous avons cru devoir, malgré cela, classer ce cas parmi ceux dont nous nous occupons, en raison de la constitution du malade dont le cou était si court que le cartilage cricoïde se trouvait au même niveau que la fourchette sternale. La mort survint huit jours après par hémorragie, due à la rupture d'une poche sanguine formée aux dépens de l'artère cervicale ascendante, à la partie inférieure du pharynx, à sa jonction avec l'œsophage. On n'avait pas vu l'artère pendant l'opération, et on ne put expliquer la cause de cet accident, survenu peut être à la suite d'une perforation de l'œsophage avec éraillure de la gaine de l'artère, par le corps lors de son ingestion.

La seconde opération, suivie de mort, est celle de G. Fischer. Le malade avait déjà gardé son corps étranger pendant vingt-six jours. C'était un morceau d'os qu'on ne put retrouver, ni pendant l'opération, ni à l'autopsie. Le malade mourait au bout d'un mois, de gangrène pulmonaire, après avoir subi la veille l'opération de l'empyème. Une blessure cicatrisée, trouvée sur l'œsophage, permit de supposer que le corps avait dû perforer le conduit et provoquer les accidents mortels. Il semble donc que dans ce cas la mort ne peut être attribuée à l'opération, mais plutôt aux manœuvres antérieures qui ont sans doute contribué à la perforation de l'œsophage. L'état

général du malade, atteint d'un catarrhe déjà ancien, favorisait encore la production des accidents.

Le malade de Gay mourut cinq jours après l'opération et avait depuis quatre jours déjà un corps arrêté à 32 centimètres des incisives. La septicémie et l'inanition qui amenèrent la mort peuvent être ducs à plusieurs causes. Cet homme jeune, cependant, avait des habitudes invétérées d'alcoolisme. Le corps situé très profondément et irrégulier (pièce dentaire) ne pouvait être extrait sans amener d'érosions de la muqueuse œsophagienne, cause prédisposante à l'infection et à l'inanition. De plus, la plaie fut complètement fermée, aussi bien la plaie œsophagienne que la plaie externe. Le troisième jour après l'opération, la plaie fut rouverte et on trouva les tissus infiltrés et la suppuration imminente. Il est fort probable que la plaie laissée ouverte aurait écarté tout danger d'infection, et en tout cas elle aurait permis d'alimenter le malade qu'on n'avait nourri jusque-là que d'une façon bien imparfaite avec des lavements.

Gerster a vu un de ses opérés succomber à une hémorragie de la jugulaire interne. L'opération ne fut pratiquée que onze jours après l'accident, et le malade avait de la fièvre et ne pouvait plus manger. L'extraction du corps fut difficile ; malgré cela, le chirurgien sutura la plaie œsophagienne, laissant ouverte la plaie externe. Celle-ci s'infecta et une escarre se produisit, intéressant la jugulaire dont l'hémorragie ne put être arrêtée assez tôt. La mort aurait sans doute été prévenue par une intervention plus hâtive avant que la fièvre se déclarât et alors que l'alimentation était encore possible. Des manœuvres énergiques de propulsion avaient été d'abord faites par un

médecin et suivies de vives douleurs. Cinq jours avant d'opérer, Gerster avait, lui aussi, et sans succès, essayé l'extraction avec des pinces qui dérâpèrent.

Dans aucun de ces cas, nous ne croyons qu'on puisse mettre la mort des patients sur le compte de l'intervention elle-même. Les deux premiers sont morts de complications impossibles à prévoir, et qui seraient aussi bien survenues en dehors de toute opération. Les deux derniers insuccès nous montrent l'importance d'une intervention précoce, et les dangers de la réunion immédiate.

L'âge des malades opérés comprend toutes les périodes de la vie. Nous y voyons figurer un homme de soixante-quatorze ans et un enfant de deux ans. Le premier succombait (cas de Bose), tandis que le second était guéri en quinze jours. Parmi les quatre morts post opératoires se trouvent les deux malades les plus âgés, soixante-quatorze et cinquante ans, et deux adultes. Six enfants au-dessous de dix ans sont tous guéris ainsi que deux jeunes filles n'ayant pas vingt ans.

Dix adultes de treute à cinquante ans sont tous guéris.

Par ordre de fréquence, les corps étrangers se classent ainsi qu'il suit :

Pièces dentaires	. 7 ; 1 mort (Gay).
Morceaux d'os	. 5 ; 3 morts (Bose, Fischer, Gerster).
Pièces de monnaie.	5
Cailloux	 3
Noyaux de pêche	. 2
Bouton	 1
Tube de Simond	. 1
Sifflet biconvexe	. 1
Morceau de verre.	1

La guérison a été rapide dans la plupart des cas. Elle a varié de 10 jours à 3 mois, avec une moyenne de 2-3 semaines.

L'opération a été pratiquée du 1^{er} au 6^e jour dans 9 cas avec 2 morts (Bose et Gay); du 6^e au 15^e jour, dans 4 cas avec 1 mort (Gerster); du 15^e au 30^e jour, dans 2 cas avec 1 mort (Fischer); dans la 1^{re} année, 3 fois; 1 fois, 3 ans et moins; une fois 5 ans et 9 mois après l'accident.

Tous les autres cas peuvent être compris dans les opérations pratiquées le 1^{er} mois, mais des renseignements exacts nous font défaut.

Le plus souvent, le corps étranger était situé à la partie supérieure du thorax et ne dépassait pas 265 millimètres. Deux fois seulement l'œsophagotomie a été pratiquée pour des corps arrêtés à 30 et 32 centimètres. La première de ces observations est celle de Southam qui enleva chez un homme de trente-trois ans une pièce dentaire à 30 centimètres des incisives. L'extraction du corps arrêté dans l'œsophage depuis quatre jours fut particulièrement difficile et suivie d'une forte éraillure de la muqueuse. La convalescence fut longue, quarante-six jours, en raison de la difficulté à alimenter le malade qui se rétablit avec une paralysie de la corde vocale gauche. Le second cas est celui de Gay qui enleva, par œsophagotomie, à un homme de vingt-huit ans, un dentier situé à 32 centimètres des incisives depuis quatre jours. Les incisions œsophagienne et cutanée furent fermées. Le malade, alcoolique, prit d'ailleurs du délirium, la plaie s'était infectée et fut ouverte trois jours après. Malgré des stimulants et une nourriture abondante, la mort survenait au cinquième jour.

Ces deux observations montrent que l'innocuité et la facilité d'extraction des corps de la partie supérieure de l'œsophage thoracique, par œsophatogomie externe, n'existent plus lorsqu'on a affaire à des corps situés profondément.

Le corps étranger a été refoulé dans l'estomac une fois. Lange après des essais infructueux d'extraction après œsophagotomie, d'une pièce dentaire retenue depuis quelques jours dans l'œsophage d'un homme de quarante ans, se décida à la propulsion qui réussit après plusieurs efforts. L'œsophage fut suturé et la guérison complète en quelques semaines.

Les accidents survenus après l'opération, en dehors des cas de mort, sont peu nombreux. Il est arrivé fréquemment que la suture œsophagienne a cédé par places, ou a été faite d'une façon imparfaite, ce qui a permis aux mucosités venant de la bouche ou aux aliments rejetés par des nausées de s'échapper par la plaie externe. Jamais il ne s'en est suivi d'autre complication qu'un retard assez court dans la cicatrisation. Quelques douleurs ont été mentionnées au niveau de l'incision œsophagienne, mais ont disparu rapidement.

Un seul cas de rétrécissement léger de l'œsophage est rapporté dans l'observation de May et Notley, qui enlevèrent chez un enfant de sept ans une pièce de monnaie. Celle-ci avait déjà perforé l'œsophage et la bronche droite qui communiquaient après l'opération ; c'est en ce point que s'établit le rétrécissement.

Par contre, il est survenu des améliorations dans un certain nombre de rétrécissements préexistants.

Nous avons rencontré trois fois la paralysie de la corde

vocale gauche. Le premier de ces accidents est survenu au malade opéré par Southam, pour un corps situé à 30 centimètres, dont nous avons déjà parlé. La seconde fois, c'est le malade de Fischer, mort de gangrène pulmonaire un mois après l'opération, qui présente peu de jours après l'intervention une paralysie de la corde vocale gauche. Le troisième cas est celui de M. Gervais, dont le malade eut également une paralysie de la corde vocale gauche, attribuée par M. Moure à la section du récurrent pendant l'opération.

§ 2. MANUEL OPÉRATOIRE

Nous ne discuterons pas quel est le côté du cou sur lequel doit porter l'incision cutanée ; quoique l'on puisse opérer à droite, la position de l'œsophage qui déborde le côté gauche de la trachée indique tout naturellement l'intervention en ce point. La position du chirurgien à gauche du malade permettra d'ailleurs plus facilement l'introduction du doigt et des instruments par la plaie œsophagienne. L'incision médiane est abandonnée par la plupart des chirurgiens et ne présente aucun avantage, tandis qu'elle rend la recherche de l'œsophage moins aisée.

L'incision cutanée doit être faite assez bas et être assez longue pour permettre d'aborder l'œsophage en un point aussi rapproché que possible du siège du corps. Elle doit avoir au moins 10 centimètres, et partir à 1 centimètre environ au-dessous de la fourchette sternale, pour remonter sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, jusqu'au cartilage cricoïde.

Après avoir incisé la peau et l'aponévrose cervicale superficielle, on divise avec les doigts le tissu cellulaire compris entre le muscle sterno-mastoïdien et le corps thyroïde de façon à laisser en contact avec le muscle les vaisseaux et nerfs de la région, qu'un écarteur attirera en masse en dehors.

On peut être embarrassé par la présence du muscle omohyoïdien et si l'on ne peut le récliner facilement, le meilleur parti à prendre est de le sectionner. De même, l'artère thyroïdienne inférieure sera incisée entre deux ligatures, si on craint de la blesser au cours de l'opération.

Le lobe gauche du corps thyroïde peut dans quelques cas être hypertrophié et masquer complètement la trachée et l'œsophage. Il faut le récliner en dedans, mais on ne fera aisément cette manœuvre qu'après avoir sectionné les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien dont les chefs seront réunis après l'opération.

On arrive alors sur la trachée, et l'on reconnaît en général sans trop de difficulté l'œsophage qui vient saillir en arrière et de côté, ayant sur la partie libre de sa face antérieure le nerf récurrent gauche.

Avant l'ouverture du conduit, il est nécessaire de reconnaître ce nerf afin d'éviter de le sectionner en ouvrant l'œsophage, accident qui est arrivé plusieurs fois, ainsi que nous l'avons vu. Pour courir moins de risques de l'intéresser, il sera utile de pratiquer l'incision œsophagienne aussi près que possible de la face postérieure de ce conduit.

Après cela, il ne reste qu'à ouvrir l'œsophage sur lequel on fait une incision de 4 à 5 centimètres aussi bas que le permet le champ opératoire.

Si, par suite d'inflammation ou tout autre cause, on arrivait difficilement à distinguer l'œsophage, une sonde à bout olivaire, ou même une pince recourbée introduite par la bouche permettraient de le trouver facilement.

Nous verrons plus loin à propos des soins consécutifs et du traitement, quelle doit être la conduite du chirurgien à l'égard des plaies œsophagienne et externe après l'opération.

§ 3. INDICATIONS

Nous pouvons, croyons-nous, après l'étude des observations publiées, conclure que l'œsophagotomie est une opération d'urgence, aussi bien et peut-être même plus souvent pour les corps de la portion thoracique de l'œsophage que pour ceux de la région cervicale. Les accidents en effet sont bien autrement redoutables dans le thorax que dans le cou. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les observations de mort par corps étrangers, publiées par les divers auteurs. Car s'il est des cas où, par une opération tardive, on a pu mettre fin à un état d'inanition devenu inquiétant, le plus souvent, le retard de l'intervention a causé ces phlegmons du médiastin, ou ces hémorragies qui ont rapidement enlevé les malades. Mais convient-il d'intervenir immédiatement sans essayer aucune manœuvre, ou sinon, à quel moment faut-il opérer ?

Pour résoudre ces questions, il faut considérer la nature du corps, son siège, et le temps depuis lequel il est arrêté dans l'œsophage.

La nature du corps n'est en effet pas indifférente. Un corps régulier et de moyen volume pourra assurément

être saisi par des crochets ou des pinces, même à une distance assez considérable dans le thorax, et ramené sans de trop grands dangers. Malgré l'innocuité relative de l'intervention sanglante, on ne saurait dans ce cas proscrire l'extraction par la bouche et même la propulsion, surtout si le corps est arrêté depuis peu de temps.

Un corps volumineux ou irrégulier, arrêté au-dessous de la fourchette sternale, demande par contre une plus grande réserve dans les manœuvres par la bouche. Un corps volumineux en effet permet difficilement à un extracteur de glisser au-dessous de lui tant à cause de son volume que de la contraction spasmodique de l'œsophage. La propulsion ne saurait non plus être d'un grand secours, car l'obstacle à surmonter demanderait une force démesurée, et, de plus, de graves désordres ne manqueraient pas de se produire, irritation intense et ulcération de la muqueuse, perforation de l'œsophage sans compter l'arrêt probable du corps à l'ouverture diaphragmatique, ce qui ne ferait que compliquer la situation.

L'irrégularité du corps ne peut qu'augmenter les difficultés et les dangers. Si c'est une pièce dentaire par exemple, l'érosion de la muqueuse, si difficile à éviter dans l'œsophagotomie, sera certaine, la perforation de l'œsophage imminente, et si le corps se trouve arrêté au niveau de la crosse de l'aorte, comme il arrive fréquemment, on aura à redouter une perforation du vaisseau ou du moins une ulcération de sa paroi, pouvant dans la suite être le point de départ d'un anévrysme, surtout si une infection locale se produit.

Les manœuvres par la bouche, surtout l'extraction, ne peuvent guère dépasser avec utilité l'ouverture thoracique,

et les exemples de cas où l'on a pu retirer des corps étrangers arrêtés au-dessous de la crosse aortique sont bien peu nombreux. La propulsion a dans quelques cas donné des résultats, surtout pour des corps petits ou réguliers, mais les corps volumineux ou irréguliers lui ont résisté, ou bien ont ulcéré l'œsophage et passé dans le médiastin. Il est donc évident que ces manœuvres, permises dans certains cas, doivent être faites avec une sage modération.

Elles doivent l'être d'autant plus selon nous, que l'époque de l'accident est plus éloignée. Il est bien invraisemblable, en effet, que l'on puisse à une profondeur considérable manœuvrer assez habilement pour déplacer un corps qui adhère à la muqueuse, comme le montrent toutes les opérations, et qui a peut-être perforé l'œsophage, ou s'est creusé dans ses parois un diverticule déjà recouvert d'un bourrelet muqueux.

Après l'insuccès des manœuvres prudentes par la bouche, il ne reste plus que deux partis à prendre, l'expectation ou l'intervention sanglante. Il est assurément dangereux d'opérer et nous verrons plus loin de quelles précautions le chirurgien doit s'entourer; mais en présence des résultats donnés par l'expectation, il ne semble pas que l'hésitation puisse persister.

Dans les observations de corps étrangers retenus depuis longtemps déjà dans l'œsophage, nous voyons que l'inanition est en quelque sorte fatale. Elle se manifeste plus ou moins vite, au bout de cinq ans et neuf mois dans l'observation de Fürner, en onze jours dans la première observation de Gerster. Peut-on compter d'ailleurs que le corps s'élimine par la voie naturelle, c'est-à-dire par l'intestin? Il en existe des exemples relativement nombreux, mais un

fait important est à noter. C'est que, selon toute vraisemblance le corps est passé de bonne heure dans l'estomac, car les auteurs ne donnent pas de renseignements précis à ce sujet. Nous croyons qu'après quelques jours de fixation dans l'œsophage, le corps y reste indéfiniment, sans chance d'expulsion spontanée. Lors même que le corps arrive dans l'estomac, le malade n'est pas à l'abri de tout danger. Des accidents peuvent se produire et se sont produits dans la traversée intestinale, et entraîner la mort du patient. Ce sont en général les corps réguliers et de moyen volume qui sont susceptibles de s'éliminer ainsi. Mais il en est même parmi ceux-ci qui restent dans l'œsophage et y occasionnent des accidents sérieux parfois mortels. Comme exemple, nous citerons le cas cité par Terrillon de perforation de l'aorte par un écu de 5 francs vingt-deux jours après l'accident, tandis que dans des conditions identiques, un autre malade était guéri par l'opération. Tel encore le fait rapporté par Billroth d'un enfant mort des suites du séjour d'un bouton dans son œsophage, à côté de la guérison d'un enfant dans les mêmes circonstances par œsophagotomie.

Des accidents moins graves peuvent encore se produire et disparaître par l'intervention. Dans l'observation de May et Notley, nous voyons une perforation de l'œsophage et de la bronche droite, suivie de communication temporaire des deux conduits et d'un léger retrécissement. L'observation de Mc Ardle nous montre une perforation de l'œsophage avec ulcération de la gaine de la carotide gauche ayant nécessité l'application préventive de fils sur le vaisseau pendant l'opération. L'enfant opéré par Péan avait une perforation de l'œsophage. Ce fait n'est d'ailleurs

pas isolé et quelquefois, comme dans l'observation de Fischer, on peut tout au plus constater à l'autopsie le chemin par où le corps s'est échappé de l'œsophage, sans qu'on puisse retrouver le corps lui-même.

Dans nombre de cas, des phénomènes parétiques ou paralytiques des cordes vocales se produisent même pour des corps situés très bas dans l'œsophage, ainsi que nous avons pu en observer un exemple, et dont il est quelquefois difficile de donner une interprétation satisfaisante. Il est vrai que l'expectation n'est pas seule à produire des désordres du côté du larynx et les observations que nous avons publiées contiennent un certain nombre de cas où l'intervention sanglante a été aussi malheureuse. Dans quelques cas, en revanche, elle a amené une amélioration sinon une disparition complète de la dysphonie.

Mentionnons enfin pour mémoire, les phénomènes dyspnéiques ou douloureux dont on a fait à tort des indications opératoires et qui n'ont presque jamais été des accidents bien sérieux.

Après ces quelques considérations, malgré la diversité des cas qui peuvent se présenter, et des circonstances qui les accompagnent, nous croyons pouvoir résumer de la façon suivante les indications de l'intervention sanglante dans le traitement des corps étrangers de la portion thoracique de l'œsophage.

Si l'accident est récent, et le corps pas trop volumineux ou irrégulier, on peut faire quelques tentatives d'extraction par les manœuvres ordinaires, et après leur insuccès, procéder tout de suite à l'œsophagotomie.

Si le corps est très volumineux ou fortement irrégulier, les manœuvres d'extraction par la bouche sont inutiles et

dangereuses et après s'être assuré de la présence et du siège du corps, l'œsophagotomie doit être pratiquée sans retard.

Si le corps siège depuis un certain temps déjà dans l'œsophage, il est à peu près certain que toute manœuvre par la bouche échouera, elle pourra même réveiller une lésion éteinte. Aussi, en présence de l'inanition prononcée et surtout de la fièvre, il faut opérer tout de suite; la temporisation laisserait l'inanition s'accroître, et le processus septique dont la fièvre révèle la présence augmenterait rapidement ses ravages.

Si le malade n'a pas de fièvre et n'est pas trop amaigri, s'il se nourrit bien et peut avaler assez facilement, l'intervention ne s'impose pas tout de suite, mais elle est le meilleur moyen de prévenir des accidents redoutables contre lesquels on pourra plus tard être totalement désarmé.

C'est avec juste raison que Bégin, et après lui Terrier et tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont comparé le malade porteur d'un corps étranger dans son œsophage à un malade atteint de hernie étranglée. Dans les deux cas la conduite du chirurgien est en tout point semblable.

De même qu'une opération de hernie étranglée est d'autant moins dangereuse qu'elle est plus précoce, que les manœuvres du taxis ont été plus modérées, de même aussi, l'intervention sanglante dans le cas qui nous occupe donnera des résultats d'autant meilleurs qu'on sera intervenu de bonne heure et que des essais moins nombreux auront été faits par la bouche. Ceux-ci en effet s'accompagnent fatalement de lésions de la muqueuse

œsophagienne, qui retarderont la guérison, s'ils n'ont pas de conséquence plus grave. En tout cas, le chirurgien, de même qu'il n'abandonne une hernie étranglée qu'après l'avoir réduite ou avoir pratiqué la herniotomie, ne devra pas abandonner un malade porteur d'un corps étranger de l'œsophage, sans l'en avoir débarrassé par les manœuvres ordinaires ou par une intervention sanglante.

§ 4. SOINS CONSÉCUTIFS ET TRAITEMENT

Quelle doit être la conduite du chirurgien après l'opération ? Sur ce point, bien des opinions ont été émises et l'on peut dire que chaque opérateur s'est tracé une ligne de conduite qu'il a suivie dans tous les cas où il est intervenu.

Il semble que la suture de la plaie œsophagienne, surtout depuis l'antisepsie, soit indiquée dans la plupart des cas, et c'est à elle que le plus grand nombre de chirurgiens ont eu recours. Il est vrai que les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la manière de la pratiquer.

La suture en masse de toutes les tuniques a été dès longtemps condamnée, parce qu'il arrivait fréquemment que la muqueuse s'interposait entre les lèvres de la suture et amenait la production d'une ou plusieurs fistules. Une seconde contre-indication est donnée par Duffan dans sa communication du cas du Dr Gervais. Rappelant des expériences de Collin (d'Alfort), il dit que « la suture appliquée aux tuniques muqueuse et musculaire ne remplit pas le but qu'on se propose, attendu que les contractions de la musculaire ne tardent pas à amener la section des

parties comprises entre les fils. » La suture en masse est donc inapplicable et, en tout cas, nous ne l'avons jamais vue mentionnée dans les observations que nous publions plus haut.

La suture partielle des tuniques de l'œsophage a été pratiquée à maintes reprises et avec des résultats divers. Mais elle ne l'a pas été toujours de la même manière et, tandis que M. Gervais ne suture que la muqueuse, Abbé suture la sous-muqueuse et la musculaire et laisse la muqueuse non réunie.

Dans les deux cas, réunion par première intention. Le résultat semble donc légitimer ces deux manières d'agir, mais la suture muqueuse paraît cependant plus rationnelle si l'on s'en rapporte aux expériences de Collin.

Malheureusement, dans tous les cas, la réunion immédiate de la plaie n'est pas obtenue, et, dans la plupart des observations où elle a été pratiquée, nous voyons mentionner l'écoulement de quelques mucosités les jours qui suivent l'opération. Généralement ces fistules s'obturent rapidement sans amener d'accidents sérieux, mais elles n'en montrent pas moins la difficulté de la réunion par première intention. Une fois même les accidents consécutifs à la suture œsophagienne ont été mortels. Dans sa seconde observation, Gay fut obligé de rouvrir la plaie au troisième jour et trouva les tissus infiltrés et la suppuration imminente. Il est vrai que la plaie externe était complètement fermée. Toujours est-il que le malade succombait cinq jours après l'opération, de septicémie et d'épuisement.

Il est une condition essentielle, croyons-nous, pour la suture de la plaie œsophagienne, c'est que les tuniques de l'œsophage soient en bon état. Il n'est pas douteux que,

dans bien des cas, il n'en est pas ainsi. Cela tient d'abord à l'irritation et à l'érosion plus ou moins considérable de la muqueuse œsophagienne, soit par le passage du corps étranger lui-même, soit par l'introduction d'explorateurs ou d'instruments divers avant l'opération. En second lieu, nous voyons que le plus souvent les corps étrangers de la portion thoracique, du fait de la profondeur où ils siègent, de leur volume ou de leur irrégularité et de leurs adhérences, ont nécessité des manœuvres énergiques, et généralement multiples. On ne peut guère admettre que ces manipulations s'accomplissent sans irriter fortement l'œsophage et sans dilacérer plus ou moins les bords de la plaie. La conséquence immédiate de ce fait est la difficulté de réunir des bords irréguliers et contus, sans préjudice de l'échec probable de la réunion immédiate.

Une autre objection à faire aux partisans de la suture œsophagienne consiste dans la difficulté souvent mentionnée, de nourrir le malade après l'opération. On ne peut en effet, condamner à la diète un patient le plus souvent inanitié du fait qu'il a déjà été dans l'impossibilité de se nourrir suffisamment, à cause de régurgitations constantes, de phénomènes douloureux ou de la diminution notable du calibre œsophagien. La plaie œsophagienne est une voie excellente pour introduire une sonde œsophagienne ou stomacale qui permettra sûrement d'alimenter le malade.

D'ailleurs, comme le fait remarquer Fischer, il doit arriver fréquemment que la suture de l'œsophage soit difficile et même impossible pendant une anesthésie agitée et à cause de l'insuffisance de l'éclairage et de l'exiguité du champ opératoire à la profondeur où l'on doit manœuvrer.

Aussi admettons-nous avec Bégin, Markoé, M. Gan-

golphe et bien d'autres, que le plus souvent et spécialement pour les corps de la portion thoracique de l'œsophage il faut laisser ouverte la plaie œsophagienne aussi bien que la plaie externe, parce qu'on n'est pas en présence d'une plaie ordinaire, mais de tissus endommagés. Les suites de l'opération peuvent être un peu plus longues, la plaie ne saurait se réunir avec la rapidité d'une plaie fermée par première intention. Il ne faut pas cependant ajouter à ce point de vue une trop grande importance, car la guérison définitive n'en est guère retardée, et les garanties de sécurité de la méthode valent mieux que ce léger ennui. La plaie facilement surveillée, et drainée ne saurait s'infecter et, si la suppuration survient elle se produira en quelque sorte à ciel ouvert sans risquer d'envahir le médiastin ou les parties latérales du cou.

On pourra objecter la difformité plus notable survenant au cou, en un point où elle sera très apparente. Mais sans compter que cette considération est secondaire, l'assertion de Bégin viendra encore atténuer ces craintes. Cet auteur a constaté, en effet, sur deux malades opérés par lui de cette manière, que la cicatrice d'abord adhérente, s'est mobilisée chez l'un d'eux en six semaines et chez l'autre en deux mois après la guérison.

Quoique nous pensions que cette façon d'agir soit la plus sage, nous ne proscrivons pas cependant la suture œsophagienne qui a des avantages incontestables, lorsqu'elle est applicable.

Elle amène une cicatrisation plus rapide de la plaie, surtout lorsqu'on fait en même temps la suture de la plaie externe ne laissant qu'un petit espace à sa partie inférieure permettant le passage d'un drain ou d'une mèche

de gaze. Il n'est pas inutile en effet de permettre aux liquides qui pourraient s'échapper par une suture imparfaite, de s'écouler au dehors.

Un tamponnement léger à la gaze iodoformée paraît même dans ces cas être préférable au drainage simple, d'abord parce qu'il active la granulation des surfaces en contact, et ensuite parce qu'en s'opposant à l'issue des liquides qui s'écoulent au dehors sans aucune pression, il peut empêcher, dans les premiers jours surtout, la formation d'une fistule.

L'opération terminée, il faut songer à nourrir le malade, le plus souvent épuisé par un jeûne ou au moins une diète prolongée. Pour cela, on possède plusieurs méthodes.

Même après suture œsophagienne on ne peut guère songer à permettre au malade de s'alimenter par la bouche. Les mouvements de déglutition risqueraient fort de faire perdre au malade le bénéfice de cette opération. Les liquides eux-mêmes pris en petite quantité sont difficilement avalés, le plus souvent rejetés.

Il faut alors songer à donner des lavements nutritifs ou à nourrir le malade à la sonde. Les lavements alimentaires ont été employés par la plupart des chirurgiens qui avaient suturé l'œsophage. Cette méthode a l'avantage de laisser l'œsophage complètement au repos, mais elle n'est pas exempte d'inconvénients. Elle est d'abord difficile à appliquer, car il faut soutenir les forces défaillantes du malade, et pour cela on ne peut espacer les lavements de plus de trois à quatre heures. Ils ne peuvent être donnés que sous un faible volume sous peine d'être rejetés, et l'on sait que leur absorption est loin d'être parfaite. Aussi ne peut-

on continuer ce moyen au delà de deux ou trois jours qui permettront sans doute à l'œsophage de calmer son excitation et à la suture d'acquérir une certaine solidité.

On peut après ce temps essayer de faire avaler par la bouche quelques liquides, du lait spécialement. Souvent le malade régurgite ou éprouve de la douleur au niveau de la suture. On craint de voir celle-ci se rouvrir, et on ne peut espérer que la quantité de liquide avalé sera suffisante pour soutenir les forces du patient. C'est alors qu'il faut essayer de passer la sonde. Deux voies se présentent, le nez et la bouche et c'est ordinairement cette dernière que l'on choisit. Généralement, après quelques difficultés, dues surtout à la crainte de causer une violente excitation de l'œsophage, on arrive à passer la sonde et à faire avaler quelques liquides ou bouillies au malade. Mais il faut recommencer plusieurs fois par jour, et avec la même crainte de la part du chirurgien et du malade. Nous ne croyons pas que, dans les observations que nous avons consultées, on ait jamais employé la sonde à demeure, probablement parce qu'on redoutait l'intolérance ou l'irritation de la muqueuse en voie de cicatrisation.

Bien rarement aussi on a eu recours à la sonde passée par le nez, et dans quelques cas on a dû y renoncer parce qu'elle occasionnait de la douleur et de légères hémorragies. Les lavements ont alors été repris pendant quelques jours, en attendant que le malade puisse avaler. M. Berger a même cité le fait d'un malade qui mourut d'inanition, faute de pouvoir le nourrir à la sonde.

C'est surtout au point de vue du traitement, que la méthode de la plaie ouverte offre une supériorité incontestable. Les lavements nutritifs sont complètement laissés

de côté. Une sonde à demeure introduite par la plaie permet d'alimenter abondamment le malade, et on n'a pas à craindre de voir se prolonger l'inanition. Le point principal du but poursuivi est donc atteint, surtout dans les cas, et ils sont nombreux, où le malade est émacié, du fait d'abstinence prolongée ou de fièvre. L'état général s'améliore rapidement, et si la plaie se ferme moins vite, on a au moins la certitude à peu près complète de voir guérir le malade. D'ailleurs, lorsque la sonde est enlevée, le malade peut se nourrir aisément ainsi que le montre l'observation de M. Gangolphe ; et si quelques mucosités ou liquides s'échappaient par la plaie laissée ouverte après la suppression de la sonde, ils s'écouleraient sur une surface bourgeonnante, ne permettant pas d'infiltration, ni de supuration sérieuse.

CHAPITRE IV

De la Gastrotomie

POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS ARRÊTÉS
DANS LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE

Jusqu'à ces dernières années, la seule opération qui ait été pratiquée pour extraire les corps étrangers de l'œsophage ayant résisté aux diverses manœuvres d'extraction était l'œsophagotomie. En 1886, Richardson appelé à donner ses soins à un homme qui avait avalé un dentier trouva le corps situé très bas au-dessus du diaphragme et n'espérant pas arriver à l'extraire par une incision œsophagienne, il proposa et fit la gastrotomie.

Il fut amené à cette idée par la connaissance d'un certain nombre de cas de gastrotomies pratiquées pour dilater des retrécissements du cardia ou de la partie inférieure de l'œsophage. Dans la communication faite par lui de son observation, il relate ces faits, et nous les reproduisons comme constituant l'historique de cette nouvelle opération.

En 1884, Loreta, de Bologne¹, signale dans une monographie quatre cas suivis de guérison de gastrotomie, pour dilatation de rétrécissements œsophagiens. Une petite plaie était faite à l'estomac et un instrument passé par cette ouverture dans l'œsophage.

Bergmann et Schattauer ont réussi à franchir de bas en haut des rétrécissements œsophagiens.

Wintlechner², dans un cas, passa une sonde fixe par la bouche à travers le rétrécissement œsophagien, l'amena hors de la plaie stomacale et y fixa par un fil des instruments plus volumineux qui lui permirent de dilater de bas en haut le rétrécissement.

Von Hacker³, dans un cas semblable fit la même opération et arriva à un bon résultat en passant une sonde de Nélaton sur une bougie de baleine.

Randolph Winslow, de Baltimore⁴, mentionne deux cas où il a fait la gastrotomie et produit la dilatation de rétrécissements œsophagiens au moyen de tubes à drainage attachés à des bougies filiformes. L'une des opérations déjà ancienne n'avait donné que de bons résultats et l'autre était encore récente.

Dans tous ces cas, l'ouverture faite à l'estomac a toujours été très petite et juste suffisante pour l'introduction de bougies ou de dilateurs de petit diamètre.

Richardson dit qu'il n'a pas rencontré dans la littérature de cas où l'œsophage ait été exploré avec les doigts et la main introduite dans l'estomac.

¹ *Archiv. gén. de médecine*, 1885, t. II, p. 518.

² *Philadelphia medical News*, sept. 1886, p. 267.

³ *Urber die Magen-Operationen*.

⁴ R. Winslow, *Philadelphia medical News*, 1886, p. 360.

Après avoir fait des recherches anatomiques sur lesquelles nous reviendrons plus tard, Richardson se décida à pratiquer l'opération de la gastrotomie et il le fit de la façon et dans les conditions suivantes :

XXVII. OBSERVATION de *M. H. Richardson* (publiée dans le *Boston med. Journ.*, 1886, p. 567 et 573).

John Mc Carty, âgé de trente-sept ans, cocher, d'une taille de 6 pieds et 1 1/2 pouce (1^m,86 environ), très robuste, se présenta à la consultation de l'hôpital de Massachusset, le 26 septembre 1885. Il raconta avoir avalé trois jours avant, pendant son repas, une pièce dentaire, dont il fit la description, du volume d'un demi-dollar, portant les 4 dents antérieures de la mâchoire supérieure, à gauche de la ligne médiane et munie de deux crochets qui étaient restés fixés après les dents voisines. Une petite sonde à bout olivaire fut passée et permit de découvrir facilement le corps étranger. Il était situé très bas dans l'œsophage, et apparemment tout près du cardia. Le malade fut reçu dans le service du D^r Beach. Il se sentait faible et se plaignait de douleurs sous le sternum entre les deux mamelons. Légère douleur à la pression. Difficulté de faire des inspirations profondes. Les liquides passaient facilement. Deux jours après le malade se sentait mieux. Le D^r Beach l'examina à nouveau. Un explorateur à boule d'ivoire heurta un corps dur à peu près au-dessus du cardia. Une sonde stomacale de dimension moyenne pouvait glisser à côté de la pièce. Un crochet d'argent fut passé sous l'armature de la pièce, et son extrémité se brisa pendant les tentatives d'extraction.

29 septembre. — Chirurgiens appelés en consultation repoussent l'opération.

3 octobre. — Une semaine après l'accident, le malade pouvait avaler des aliments demi-solides.

23 octobre. — Il avait un peu de douleur et d'irritabilité stomacale, quelques nausées. On lui donna de la charpie finement

effilochée et mélangée avec des blancs d'œuf (voir Poulet, vol. I, p. 158).

10 novembre. — Le malade est amélioré, il est plus fort, a meilleur appétit et moins de douleur.

3 décembre. — Il dit qu'il se sent bien. Le râtelier n'a pas passé.

Le patient revient à l'hôpital le 26 juillet 1886. Il dit avoir beaucoup maigri depuis sa sortie. Il pèse 113 livres environ, 65 livres de moins qu'avant l'accident. Il a de la peine à avaler et a quelques vomissements. Très émacié quoique l'état général soit encore bon.

L'explorateur à boule d'ivoire permet de constater que le corps occupait la même place que l'année précédente. Le malade était à ce moment dans un état déplorable. Cet homme qui pesait avant l'accident 180 livres était extrêmement émacié. Il avalait avec peine assez de liquide pour se soutenir, ne pouvait prendre aucun solide et se plaignait d'une douleur constante et gravative à l'épigastre et en arrière.

Depuis son entrée jusqu'au 5 août, il fut observé avec soin. On constata que la sonde rencontrait le corps à 14 pouces des incisives, et aussi approximativement qu'on pouvait apprécier sa position à 2 pouces (5 centimètres) au-dessus de la ligne mamelonnaire à peu de distance de l'orifice cardiaque.

A ce niveau, le corps se trouvait fixé entre le cœur en avant, l'aorte en arrière, et n'était séparé de la plèvre que par l'épaisseur de la paroi œsophagienne. Après mûre réflexion, Richardson pensa qu'il fallait enlever le corps par gastrotomie, et proposa l'opération au patient qui l'accepta avec joie.

Pendant deux jours, on ne donna par la bouche que de l'eau et des stimulants. Le malade était nourri par des lavements. Il était impossible de faire un lavage stomacal, à cause de la difficulté à passer la sonde.

5 août 1886. — Anesthésie à l'éther. On passe la sonde pour s'assurer de la présence du corps, mais la manœuvre est difficile et on l'abandonne pour gagner du temps. Deux jours avant, la situation du corps avait d'ailleurs été nettement établie.

Opération. — Une incision de 6 pouces de long (15 centimètres) fut faite à 1 pouce 1/2 (38 millimètres) et parallèlement au bord des deux côtes sur l'hypocondre gauche. Elle commençait au bord externe du droit de l'abdomen à 3 pouces (76 centimètres) du cartilage xyphoïde et s'étendait en dehors et en bas. Paroi abdominale rapidement incisée couche par couche, hémostase parfaite et ouverture du péritoine. L'ouverture abdominale était maintenue par un crochet en T à chaque extrémité. L'estomac apparut vide dans sa situation normale. Examen externe du cardia et de tout l'estomac pour voir si le corps pourrait être trouvé et délogé par des manœuvres. Rien ne fut découvert, soit dans l'estomac, soit dans l'orifice diaphragmatique. L'estomac fut alors tiré aussi loin que possible hors de la cavité abdominale et placé sur une serviette stérilisée.

Une petite incision d'1 pouce 1/2 (38 millimètres) fut d'abord faite à travers la paroi stomacale, commençant au pylore et s'étendant en haut et en arrière à égale distance des deux courbures. Les parois étaient très épaisses et vascularisées. Hémorragie assez abondante due à un réseau vasculaire volumineux et sinueux ; on l'arrêta avec des pinces hémostatiques lisses.

Après deux essais infructueux pour introduire des instruments dans l'œsophage à travers cette petite ouverture, incision agrandie suffisamment pour permettre l'introduction de la main et de l'avant-bras dans l'estomac. L'intérieur de l'estomac fut nettoyé avec des éponges et on fixa les bords de la plaie par des crochets en T. Quelques difficultés pour trouver le cardia. Le médius et l'index furent alors introduits dans l'œsophage jusqu'à ce que fût senti le râtelier dont les dents tournées en bas étaient enchâssées dans une masse de granulations molles. La main fut retirée et une longue pince introduite dans l'œsophage, sur l'index comme conducteur. Les essais d'extraction furent infructueux. La main réintroduite dans l'estomac put par des manœuvres faites avec douceur, détacher l'extrémité gauche du corps, puis celle du côté droit, et le corps fut alors facilement saisi et extrait sans instruments.

La muqueuse stomacale fut réunie par une suture continue au

fil de soie, pour pouvoir réprimer l'hémorragie qui se produirait à l'enlèvement des pinces.

Surface péritonéale réunie par trente-six sutures de Lambert au fil de soie espacées de 3/16 de pouce (1^{mm},5). La réunion était parfaite. L'estomac fut alors rentré dans l'abdomen et des sutures ordinaires à deux étages appliquées sur la plaie extérieure. Quoique peu de sang se fut échappé, la cavité péritonéale fut soigneusement époncée. A la fin de l'opération, le pouls du malade était plein et fort.

A 3 heures du soir, le malade se plaint de douleurs vives dans le côté et de froid aux extrémités. Il était agité. On lui donna du brandy en lavement.

A 5 h. 30. — Beaucoup mieux et chaud. Pouls bon. Le patient se lave la bouche avec de l'eau sans l'avalier. Lavements de lait et de brandy toutes les deux heures. Il vomit un peu de sang. Le soir, 98 degrés F.

6 août. — Tout va bien. On permet d'avalier de l'eau.

7 août. — Le matin, tout à fait bien, toux légère. Après-midi, quintes de toux sérieuses. Après beaucoup d'efforts et de douleurs le malade rejette du pus épais et lié. $\Theta = 101^{\circ},8$ F.

8 août. — Beaucoup mieux. Expectoration purulente. Le malade prend du whiskey et de l'eau par la bouche, par cuillerées toutes les dix minutes. Lavements fréquents. $\Theta = 99^{\circ},2$.

11 août. — Points de suture enlevés, blessure cicatrisée.

13 août. — Lait par la bouche toutes les demi-heures. Un peu de pus aux points de suture qui sont débridés et pansés avec des tampons phéniqués.

14 août. — Alimentation par la bouche plus considérable. Expectoration moindre. Toux pas fatigante.

21 août. — Nourriture solide. Pas de douleurs. Un peu de toux et d'expectoration. Blessure guérie.

27 août. — Le Dr Withner ausculte le malade et trouve la respiration obscure et rude, avec bronchophonie à la base droite, ce qui explique un peu de température.

2 septembre. — Le malade marche sans appui et se promène dans la salle.

5 septembre. — 131 livres Pas de toux. Rien aux poumons.

12 septembre. — 137 livres 1/2.

18 septembre. — Envoyé à l'hospice des convalescents de son pays.

7 octobre. — Revient beaucoup plus fort. 144 livres. Pas de toux.

19 octobre. — 152 livres.

25 octobre. — Quitte l'hôpital pour reprendre son métier de cocher.

30 novembre. — 159 livres.

Dans sa communication, l'auteur fait remarquer que, lors de l'opération, il n'avait pas encore fait les recherches anatomiques que nous donnerons plus tard et qu'il n'était pas sûr de pouvoir atteindre le corps avec les doigts. Il avait en conséquence préparé une longue pince pour briser et extraire le corps. Il croyait même avoir besoin d'un lithotriteur. Il fait remarquer la longue tolérance de l'œsophage, et le manque absolu de signes de l'abcès péri-œsophagien que les manœuvres opératoires firent ouvrir dans le poumon. « La douleur et l'inanition rendaient par eux-mêmes l'opération impérative. » Il conclut que l'observation montre d'une façon évidente que, par une intervention plus hâtive, les dangers d'inflammation et d'inanition auraient été évités et les chances opératoires rendues meilleures.

L'année suivante un autre chirurgien américain J. Bull, s'inspirant des observations de Richardson et encouragé par son succès, pratiquait encore la gastrotomie pour extraire un noyau de pêche arrêté à la partie inférieure de l'œsophage d'un jeune garçon. L'âge du malade et la nature du corps lui firent choisir un manuel opératoire

particulier et nous trouverons dans la publication, les motifs qui l'ont amené à employer ce procédé aussi ingénieux.

XXVIII. OBSERVATION de *J. Bull*, publiée dans le *New-York medical Journal*, 1887, t. XLVI, p. 481).

..., Coles, homme de couleur, seize ans, bonne santé générale fut admis à l'hôpital de New-York, le 25 août 1887. Sa mère raconta qu'il avait avalé un noyau de pêche le 20 août, cinq jours avant son admission. Il essaya de boire de l'eau immédiatement après et il la rejeta. A dater de ce moment, il ne put avaler aucune nourriture. Il avait beaucoup maigri, était très faible et se plaignait de soif et de nausées de temps à autre, mais il ne vomissait que lorsqu'il essayait d'avaler et ne souffrait pas. Un médecin avait passé une sonde et n'avait pu arriver dans l'estomac. Le malade n'avait eu qu'une selle depuis cinq jours, il urinait comme à l'ordinaire.

Le malade fut vu immédiatement par J. Bull qui fut frappé de son anxiété et de sa débilité. Quoique maigre de tempérament, il était évidemment émacié, n'avait pas de fièvre, le pouls était un peu rapide et sans amplitude.

On lui donna à boire un verre d'eau qu'il avala et rejeta aussitôt. Pas d'œdème du cou. Une sonde œsophagienne à boule d'ivoire pénétra à une distance de 13 pouces (32,9 centimètres) des incisives et heurta un corps dur. Le choc léger de l'instrument ne produisait pas de son, mais les doigts en éprouvaient une sensation très nette.

Le malade supporta très bien l'exploration et on essaya séance tenante de déloger le corps avec des crochets d'argent de diverses tailles qui ne firent que l'effleurer. Des essais de passer une fine gomme élastique et des sondes en baleine furent aussi infructueux et après dix minutes de manœuvres on y renonça et le malade fut mis au lit. Toutes les six heures, lavements nutritifs avec

du lait peptonisé et du whiskey ; morceaux de glace dans la bouche.

26 août. — Injections rectales bien supportées. Nouvelles manœuvres d'extraction pendant quinze minutes sans résultat. En présence de l'inutilité et des dangers probables de nouveaux essais, la gastrotomie fut proposée et acceptée.

29 août. — Juste une semaine après l'accident, l'opération était pratiquée en présence de quelques chirurgiens. Anesthésie à l'éther. Une sonde à boule d'ivoire fut passée et rencontra le corps toujours à 13 pouces des dents. On donna deux ou trois petits coups sur le corps, pensant que, grâce à la suppression du spasme, le corps pourrait être refoulé. Essais infructueux de passer au delà du corps une fin bougie et un crochet d'argent.

La cavité abdominale fut ouverte par une incision médiane de 3 pouces de long (7,7 centimètres), s'étendant du cartilage de la neuvième côte à 2 pouces environ au-dessus de l'ombilic. L'extrémité supérieure de l'incision étant déterminée par le point où disparaît la matité hépatique. On découvrait ainsi une portion de la paroi antérieure de l'estomac, et sa grande courbure a environ 2 pouces $\frac{1}{2}$ du pylore, tandis que, dans l'angle supérieur, on apercevait le bord inférieur du lobe gauche du foie. L'index pouvait sentir les battements du cœur à travers le diaphragme, mais ne rencontra pas de corps étranger à l'orifice œsophagien. L'estomac était vide. On reconnaissait le pylore, et on choisissait pour l'ouverture stomacale un point situé à 3 pouces du pylore et à égale distance des deux courbures, endroit où les vaisseaux superficiels étaient moins volumineux. Cette portion de l'estomac fut attirée hors de l'incision abdominale et deux fils de soie passés à travers la paroi stomacale en ligne verticale à une distance de 2 pouces (5 centimètres) l'un de l'autre. Entre les deux fils, incision de 1 pouce $\frac{1}{4}$ (3,2 centimètres) par laquelle s'échappent des gaz et quelques gouttes de liquide brunâtre. Deux nouveaux fils de soie furent passés à travers les extrémités de l'incision stomacale, de façon à bien les tenir, et, après avoir placé des éponges aux angles de l'incision abdominale, le doigt fut introduit dans l'estomac, directement en arrière vers la colonne, puis en haut jusqu'à l'ou-

verture cardiaque. Le doigt obturait complètement la blessure, de façon que rien ne pouvait s'échapper de l'estomac. Grâce à cela, l'auteur put refouler la paroi abdominale de façon à pousser le doigt aussi loin que possible. Dans cette manœuvre, la paroi antérieure avec les fils qui la retenaient suivait le doigt dans la cavité stomacale et était repliée sur lui, comme le scrotum invaginé dans l'examen du canal inguinal. Le corps ne put être senti que lorsque le doigt fut entré complètement dans l'œsophage.

Le noyau de pêche se présentait ayant une de ses faces aplatie enchatonnés dans la muqueuse, et un léger effort fut fait pour le soulever avec l'ongle de façon que son extrémité se tourne en bas. Une pince recourbée fut immédiatement passée sur le doigt, le corps fut saisi, et la paroi antérieure de l'estomac fut alors attirée au dehors avec les fils, le doigt continuant à boucher l'ouverture stomacale. Un ou deux efforts d'extraction avec cette pince et une autre pince droite furent infructueux quoique le corps fût bien saisi.

Le chirurgien se décida alors à pousser le corps de bas en haut. Le doigt fut réintroduit, une fine bougie passée par le cardia jusque hors de la bouche, et une petite éponge de 1 pouce de diamètre sur 1 pouce 1/2 de long fixé à l'extrémité inférieure de la sonde avec un fort fil de soie dont on laissa un bout assez long. L'éponge tirée en haut rencontra une faible résistance, mais le corps, quoiqu'il parût se déplacer, ne put être retiré. Une éponge plus grosse fut alors attachée au fil de soie resté libre. Elle réussit à entraîner le corps jusque dans la bouche où on le saisit avec les doigts.

Pendant ces manœuvres les premiers fils de soie passés dans l'estomac retenaient celui-ci en dehors de l'incision abdominale, tandis que les seconds placés aux angles de l'incision stomacale, rendaient plus facile l'introduction du doigt dans l'intérieur.

Quelques gouttes de liquide brun s'échappaient de temps en temps, mais étaient absorbées par les éponges placées de chaque côté de l'incision. On ne vit pas trace de sang dans le mucus entourant le corps étranger, pas plus que sur l'éponge et on en conclut que la muqueuse œsophagienne n'avait pas été blessée.

La muqueuse gastrique fut réunie par 8 points de suture au catgut. La tunique péritonéale refermée par 10-12 sutures de Lembert avec de fins fils de soie. Les piqûres faites par les fils au-dessus et au-dessous de l'incision étaient obturées chacune par une simple suture de Lembert, car on ignorait si toutes les tuniques avaient été intéressées.

Incision abdominale fermée par une suture péritonéale continue au catgut et des sutures isolées de fils d'argent passés à travers les autres couches de la paroi.

L'opération avait duré une heure et quart, et l'état général du patient était satisfaisant.

Pansement avec gaze sublimé, coton hydrophile, et bandage de corps.

Guérison rapide sans accident. Température ne dépassa jamais 99 degrés F. Pas de douleur, de nausées ou de vomissements. Malade très faible. Pouls 110-120, très faible les troisième, quatrième, cinquième jour. Amélioration rapide, après le septième jour. Le malade put alors manger tout ce qu'il désirait. Les lavements nutritifs de lait peptonisé et de brandy furent supprimés le cinquième jour. Pendant les premières vingt-quatre heures, rien par la bouche. Le second jour, eau-de-vie et eau, bouillon de bœuf à fréquents intervalles. Le troisième jour, crème glacée, lait et thé, œufs mollets et biscuits. Peu d'appétit, le malade ne réclamait pas la nourriture.

La plaie guérit entièrement par première intention sans suppuration et sans douleur. Le malade se leva le dixième jour et une semaine plus tard il se portait aussi bien qu'avant son accident.

Le noyau de pêche pointu et effilé à une extrémité mesurait 1 pouce de long (25 millimètres), sur 5/8 de pouce (16 millimètres) dans son plus petit diamètre et 2 pouces 5/8 (66 millimètres) de circonférence.

L'auteur attire l'attention sur quelques points de sa méthode opératoire :

1° La petitesse de l'incision stomacale juste suffisante pour livrer passage à un doigt ;

2° L'invagination de la paroi antérieure de l'estomac ;

3° L'usage de fils passés dans les parois stomacales, dont la traction amène l'oblitération de l'incision sur le doigt, de façon que celui-ci agit comme un tampon et prévient l'issue des liquides.

4° La modération des manœuvres faites sur l'estomac, qui n'a jamais été attiré au dehors de plus de 2 pouces et dans la cavité duquel il n'y a jamais eu qu'un doigt.

Il reconnaît que, s'il n'y a pas eu à introduire la main dans l'abdomen, cela tient au jeune âge et la minceur de la paroi abdominale de son malade, mais que chez l'adulte il serait nécessaire de passer la main et une partie de l'avant-bras dans la cavité péritonéale pour pouvoir refouler la paroi stomacale jusqu'à l'orifice cardiaque sur le doigt introduit dans l'incision stomacale.

Il ajoute qu'il n'a pas cru devoir prolonger les tentatives d'extraction par l'estomac, de crainte de déchirer les parois œsophagiennes peut-être ulcérées, tandis que l'extraction par la bouche lui paraissait sans danger, vu l'état de la muqueuse assurément saine dans la partie supérieure et la petitesse du corps. Ce dernier était selon lui situé au niveau du bord supérieur de la cinquième côte.

Il estime que l'opération de Richardson est très précieuse pour les corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage, et il base son jugement sur l'innocuité des deux opérations pratiquées par Richardson et lui-même dans ce but, ainsi que sur une statistique de Richardson des gastrotomies faites pour des corps étrangers de l'estomac.

A ces deux observations nous croyons devoir ajouter

une autre observation de corps étranger de la partie inférieure de l'œsophage. Elle a un grand intérêt au point de vue de l'innocuité de l'intervention par la voie abdominale. Ainsi que nous le verrons, la malade a très bien supporté, deux laparotomies et une gastrotomie. Elle a succombé aux progrès de l'inanition, à laquelle est venue se joindre la tuberculose.

XXIX. OBSERVATION de *H. Silver* (publiée dans le *New-York medical*, 1891, t. II, p. 656).

M. G .., vingt-huit ans, domestique près de New-York. Bons antécédents héréditaires et personnels.

Un après-midi de janvier 1889, elle informa sa maîtresse qu'elle avait avalé une pièce dentaire, et la pria d'appeler un chirurgien, car elle souffrait beaucoup.

Le médecin vint de suite et sentit avec une sonde le corps qui était situé au tiers supérieur de l'œsophage. Il essaya de le pousser dans l'estomac. Il échoua une première fois, essaya encore et annonça aux intéressés qu'il avait réussi à repousser le corps dans l'estomac.

La malade fut aussitôt prise de vomissements et sentit de la douleur à l'épigastre au-dessus du cartilage xyphoïde.

C'était alors une fille vigoureuse et bien portante.

Le médecin lui ordonna des aliments demi-solides quoiqu'elle pût avaler toute sorte de nourriture.

Après quelques jours de soins sans amélioration, elle consulta un autre médecin et lui demanda de la faire entrer à l'hôpital.

Après son admission, on la mit au régime demi-solide et on lui massa l'abdomen dans le but de faire progresser le corps étranger. Ce traitement ne donnant pas de résultat on résolut d'intervenir.

Après avoir exploré l'œsophage, une incision commençant à la pointe du cartilage xyphoïde et longue de 2 pouces $1/2$ fut pratiquée. Après ouverture de la cavité péritonéale 2 doigts furent

introduits et on fit un examen aussi complet que possible de l'estomac. Comme on n'avait rien trouvé, la plaie fut fermée. Elle guérit rapidement sans symptômes fâcheux.

Après l'opération on conclut que le corps étranger avait déjà quitté l'estomac, puisqu'on ne l'y trouvait pas.

La malade commença à s'améliorer, resta à l'hôpital quatre semaines et retourna travailler se plaignant toujours de quelques douleurs à l'épigastre.

Les médecins croyaient qu'elle était hypocondriaque.

L'été suivant la douleur augmenta, les vomissements reparurent; les matières vomies contenaient beaucoup de mucus. On conseilla à la malade d'aller à New-York se faire traiter.

Le 22 août 1889, elle fut admise dans un hôpital de cette ville. Le lendemain, une incision fut faite, commençant au cartilage xyphoïde et longue de 5 pouces. L'estomac attiré au dehors par cette ouverture fut soigneusement examiné. Le tube digestif, aussi loin qu'on pouvait l'atteindre, était également exploré. On ne trouva rien. La plaie fut fermée et complètement guérie en une semaine.

La malade fut améliorée au point de vue mental et physique.

On jugea utile de lui faire des lavages de l'estomac à cause du catarrhe gastrique qu'elle présentait. On n'éprouvait aucune difficulté à passer la sonde.

25 septembre. — Après un séjour d'un mois la malade fut renvoyée améliorée. De l'avis de tous elle était une hypocondriaque avérée. Elle reprit son travail et fut obligée de le cesser quelques semaines après, les anciens symptômes étant revenus. On lui conseilla d'aller à un autre hôpital de New-York où on l'admit le 9 novembre 1889.

15 novembre. — Après lavage de l'estomac, un des chirurgiens les plus renommés pratiqua la pylorotomie.

L'intérieur de l'estomac fut examiné avec le doigt et rien ne fut découvert. Les blessures guérèrent très bien. La malade resta à l'hôpital jusqu'en janvier 1890 et fut un peu améliorée.

Après son retour chez elle, elle fut atteinte d'une attaque sérieuse d'influenza, qui lui laissa une toux pénible. Cette toux alla

en s'aggravant et la malade perdit rapidement ses forces. En août 1890, elle fut admise à l'hôpital de la ville avec les symptômes d'une phtisie avancée. Elle y resta jusqu'à fin avril 1891, époque de sa mort.

L'autopsie fut pratiquée suivant le désir de la malade. Le poumon droit était fortement adhérent; la portion inférieure et postérieure adhérente à l'œsophage. Quelques petites cavernes au sommet.

Le poumon gauche était légèrement adhérent. Deux grosses cavernes au sommet. Ganglions bronchiques volumineux. Œsophage épaissi dans son tiers inférieur. En l'ouvrant on trouva les dents en contact intime avec la membrane muqueuse. Elles étaient tournées en haut et les extrémités étaient enchâssées dans l'œsophage. Un bourrelet de tissu nouveau s'était formé le long du bord de la pièce dentaire dont la forme tenait l'œsophage complètement ouvert. Les dents étaient si fermement fixées qu'elles n'offraient aucun obstacle au passage des aliments et des instruments. Dimensions de la pièce : Largeur des dents : $1/2$ pouce.

Largeur de la pièce à sa base : 2 pouces.

Largeur entre les deux extrémités : 1 pouce $1/4$.

Longueur de côté : 1 pouce $1/2$.

Ce cas nous montre d'abord les dangers de la propulsion, et on a de la peine à comprendre que le premier médecin appelé auprès de la malade ait préféré cette manœuvre à l'extraction. Le corps était en effet à ce moment-là dans le tiers supérieur de l'œsophage, par conséquent son extraction était plus facile qu'en toute autre région. De plus, le corps étant très irrégulier ainsi que le montre une reproduction photographique jointe à l'observation, la propulsion était par ce fait seule contre-indiquée, et la seule intervention rationnelle après échec de l'extraction par la bouche était l'œsophagotomie, assurément facile dans le point où se trouvait le corps.

On n'est pas moins surpris de voir trois chirurgiens différents, pratiquer des opérations telles que la laparotomie ou la gastrotomie, sans songer à explorer l'œsophage. Les opérations de gastrotomie de Richardson et Bull, leurs compatriotes, ne leur étaient certainement pas inconnues. Il est vrai que la sonde œsophagienne passait librement et que l'on a pu à plusieurs reprises faire le lavage de l'estomac sans jamais rencontrer d'obstacle. Ceci montre une fois de plus les difficultés que l'on a parfois à reconnaître la présence d'un corps étranger de l'œsophage au moyen de la sonde.

Enfin, comme nous le disions plus haut, il semble que ces diverses opérations n'ont pas une gravité aussi considérable qu'on le pense généralement. Après chacune d'elles la malade a été améliorée, ce qui assurément est assez inexplicable autrement que par l'effet moral. En tout cas, entre la dernière opération, la pylorotomie et la mort de la malade, il ne s'est pas écoulé moins de dix-sept mois, et il a fallu que l'influenza et la tuberculose viennent se surajouter à l'inanition pour entraîner l'issue fatale.

Ces observations montrent de la façon la plus évidente, l'utilité de la gastrotomie pour extraire les corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage. Mais dans quelles conditions doit-on la pratiquer?

Richardson a pris soin de l'indiquer lui-même, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions auxquelles il est arrivé après de nombreuses recherches.

Il trouve que la distance des incisives supérieures au cardia est en moyenne de 14 pouces $1/2$ (36,7). Cette

dimension nous paraît un peu inférieure à ce qu'elle est réellement et nous en trouvons l'explication dans ce fait, que la mesure a été prise, la tête étant en déflexion complète. La longueur du cartilage cricoïde au cardia est d'après lui de 7 pouces $1/2$ en moyenne, soit 19 centimètres. Il conclut que tout corps étranger situé à plus de 13 pouces des incisives ou plus de 6 pouces du cricoïde doit être extrait par la gastrotomie. Les raisons pour lesquelles on doit préférer cette opération à l'œsophagotomie dans ces cas sont les suivantes :

1° Toutes les fois que l'on pourra extraire un corps avec le secours seul des doigts, on devra y avoir recours, car on agit avec plus de sécurité et d'intelligence. Or le doigt introduit par une incision cervicale ne peut guère dépasser le bord inférieur de la crosse de l'aorte, tandis qu'à travers le cardia les doigts peuvent remonter jusqu'à 3 pouces (7,5), au-dessus de la terminaison de l'œsophage.

2° Les corps arrivés en ce point sont en contact moins intime avec les organes importants, le cœur, l'aorte, les plèvres; d'où une plus grande sécurité pour l'extraction par en bas. Plus haut au contraire, à 3 pouces, l'œsophage est en rapport étroit avec ces organes, et il est dangereux de risquer la déchirure des parois œsophagiennes en ce point.

3° Le trajet que le corps aura à parcourir sera bien moindre et si une lésion des tuniques de l'œsophage a provoqué des abcès de voisinage, il sera bien plus facile et plus sûr de faire vider ces collections dans l'estomac.

Nous croyons que ces observations sont parfaitement justes et suffisantes pour légitimer la gastrotomie.

La manière d'intervenir a été également étudiée par Richardson et il adopte, en somme, le manuel opératoire qu'il a employé dans le cas où il a pratiqué la gastrotomie.

L'incision oblique et parallèle aux côtes lui paraît préférable à toute autre, lorsqu'on se propose d'introduire la main dans l'estomac. Si l'on croit pouvoir, avec le seul secours des instruments, arriver à extraire le corps, on peut alors faire l'incision médiane qui sera plus commode, quoique l'incision oblique permette la même manœuvre.

Cette dernière a encore l'avantage de permettre d'attirer au dehors une plus grande partie de l'estomac et de faciliter ainsi le choix du point où on l'ouvrira.

L'auteur sans attribuer une grande importance aux inconvénients des manœuvres manuelles dans l'intérieur de l'estomac recommande cependant d'essayer toujours le passage d'instruments par une petite boutonnière stomacale. Par cette méthode il a pu dans plusieurs expériences cadavériques arriver à saisir et à extraire des corps situés dans l'œsophage au delà de l'atteinte des doigts. Le meilleur moyen de pratiquer cette manœuvre est le suivant : L'estomac attiré hors de l'incision abdominale est maintenu par un aide qui tire sur lui suffisamment pour redresser la petite courbure. L'instrument est alors passé dans l'estomac par une petite ouverture et suit la poulie formée par le redressement des bords de la petite courbure. Pendant ce temps la main gauche introduite dans la cavité péritonéale saisit le cardia par sa face externe et ne permet pas à l'instrument de s'égarer dans le cul-de-sac que vient former la grande courbure au niveau de l'orifice œsophagien.

Si cette manœuvre ne réussit pas, il ne faut pas hésiter à ouvrir l'estomac d'une façon plus large, en évitant les réseaux vasculaires, et à introduire dans sa cavité la main pour aller à la recherche du corps. Dans ce dernier cas, l'incision oblique permet d'agir plus à l'aise, comme nous l'avons déjà dit.

Bull préfère l'incision abdominale médiane, parce que, dit-il, l'ouverture cardiaque est ainsi plus à portée, étant elle-même à peu près sur la ligne médiane, et la colonne vertébrale servant de guide pour aller à sa recherche. Quoique dans son observation il n'ait pas introduit la main dans la cavité péritonéale, il croit que pour un adulte chez qui la paroi abdominale est moins souple, on ne pourrait agir de même; mais dans tous les cas, il pense que l'on peut se contenter d'une incision stomacale tout juste suffisante pour l'introduction du doigt. Celui-ci refoule devant lui la paroi antérieure de l'estomac et pénètre dans le cardia sans trop de peine.

Le traitement consécutif à l'opération est des plus simples. Des lavements nutritifs permettent au malade d'attendre au moins quarante-huit heures. Après ce temps on peut donner quelques liquides par la bouche, et au bout d'une semaine le patient peut reprendre l'alimentation commune.

Le nombre des gastrotomies pour corps étrangers de l'oesophage est encore trop restreint pour qu'il soit permis de donner le pourcentage des guérisons. Toutefois les deux seules observations que nous connaissions ont été heureuses, et si, dans le cas particulier de Silver, la malade est morte, on ne saurait attribuer l'exitus aux suites opératoires. Il est vrai que, dans ce

cas, aucune manœuvre ne fut faite par le cardia dans l'œsophage.

Cependant si l'on s'en rapporte à une statistique de gastrotomies pratiquées pour corps étrangers de l'estomac, publiés par Richardson, on peut conclure à la bénignité de l'opération.

L'auteur a pu retrouver 33 cas de gastrotomie qu'il divise ainsi :

12 cas authentiques pour corps étrangers de l'estomac, sans blessures et adhérences de cet organe, 9 guérisons ; 3 morts.

11 cas authentiques avec lésion et adhérence de l'estomac, 10 guérisons, 1 mort.

10 cas douteux, 6 guérisons, 1 mort, 3 douteux ou mal connus.

Le total des 33 cas donne 26 guérisons, 4 morts, 3 cas incertains.

Depuis 1875, époque où M. L. Labbé pratiqua la gastrotomie pour « l'homme à la fourchette » on trouve 15 cas avec 13 guérisons et 2 morts.

Le premier de ces cas malheureux et celui de Billé qui fit successivement l'œsophagotomie et la gastrotomie pour retirer un morceau de cathéter, long de 31 centimètres qui s'était brisé dans l'œsophage.

Le second est de Küssenbauer. Son malade avait avalé une lame de sabre de 37 centimètres de long. Ce n'est qu'au dixième jour que fut faite l'opération et le malade mourut dix jours plus tard de péritonite avec perforation de l'estomac et de l'œsophage.

Le plus grand nombre des opérations pratiquées depuis 1875, grâce sans doute au secours de l'antisepsie ont été

faites de bonne heure, avant qu'il existe de lésions stomacales et d'adhérences. Antérieurement la crainte bien justifiée d'ailleurs d'infecter le péritoine, faisait au contraire retarder l'intervention jusqu'à ce que des adhérences se fussent formées, et dans bon nombre de cas, l'opération consistait plutôt en l'ouverture d'un abcès.

Si l'on ne compte que les 30 cas dont le résultat est connu, on trouve une mortalité de 13,3 pour 100. Il n'est pas douteux que l'antisepsie fera encore baisser cette proportion; le cas de Silver en est un gage. Sans doute les manœuvres sur l'œsophage peuvent amener quelques complications, mais l'œsophagotomie ne donne pas des résultats supérieurs, et il faut considérer que les résultats seraient souvent meilleurs si l'intervention était moins tardive.

En tout cas, la gastrotomie semble être l'opération de choix pour les corps étrangers situés à la partie inférieure de l'œsophage. Ainsi qu'on a pu le voir au chapitre précédent, l'œsophagotomie a bien été pratiquée quelques-fois pour des corps situés très profondément, mais au prix de quelles difficultés et de quels désordres?

Aussi croyons-nous devoir conclure avec Bull : « Comme règle générale on peut agir sur tous les corps engagés dans l'œsophage par une opération sur le cou, s'ils sont arrêtés à la portée du doigt opérant dans la blessure œsophagienne. Cette distance est de 6 pouces à partir du cartilage cricoïde, selon les mensurations de Richardson. Au delà de ce point, la gastrotomie serait nécessaire et probablement sûre et efficace. »

CHAPITRE V

Sur une nouvelle méthode d'aborder le médiastin postérieur

APPLICABLE AU TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS
DE LA PORTION THORACIQUE DE L'ŒSOPHAGE

Dans la séance du 4 février 1891, M. Quénu a communiqué à la Société de chirurgie en son nom et en celui de M. Hartmann un nouveau procédé pour pénétrer chirurgicalement dans le médiastin postérieur. Il décrit les divers temps de l'opération de la manière suivante :

1° Incision verticale des téguments à égale distance de la ligne médiane et du bord spinal de l'omoplate; l'épine scapulaire en indique la limite supérieure, le bistouri s'arrêtera inférieurement après un trajet de 12 à 15 centimètres;

2° Incision légère de quelques fibres trapéziennes ;

3° Incision du rhomboïde ; c'est le seul muscle qu'il soit nécessaire de sectionner ;

4° On tombe alors sur le bord externe du muscle sacrolombaire qu'on récline en dedans pour arriver directement sur l'angle postérieur des côtes ;

5° Résection costale portant sur les deuxième, troisième; quatrième et cinquième côtes, dans une étendue de 2 centimètres.

On crée ainsi un orifice suffisant pour introduire la main, décoller et refouler la plèvre et le poumon, et arriver très facilement dans le médiastin postérieur.

L'auteur choisit le côté gauche pour l'opération. A gauche, en effet, la plèvre se porterait directement d'arrière en avant le long des corps vertébraux pour gagner le sternum.

A droite au contraire après avoir tapissé les corps vertébraux, la plèvre s'insinuerait sous l'œsophage. et le tapisserait postérieurement en formant un cul-de-sac dans toute la partie située au-dessous de la crosse de la veine azygos.

C'est cette disposition signalée déjà par M. Farabœuf et dessinée dans l'atlas de Braüne, qui a fait choisir à M. Quénu le côté gauche, comme le plus facilement abordable, malgré la présence de l'aorte et des artères intercostales.

Nous ne pouvons dire quel est le sort réservé à cette opération, mais elle nous paraît d'une exécution difficile sur le vivant. La ligature des intercostales à une telle profondeur ne doit pas être des plus aisées, aussi bien que l'ouverture de l'œsophage et le désenclavement d'un corps généralement incrusté par ses extrémités dans les parois du conduit.

Nous ne croyons pas d'ailleurs qu'on l'ait jamais pra-

tiquée et il nous suffit de la mentionner laissant à d'autres le soin d'en discuter les indications et la valeur. Toutefois nous pensons que la méthode du toucher bidigital proposée par Richardson lui est préférable.

M. Quénu, qui a contrôlé les assertions du chirurgien américain, reconnaît en effet que l'on peut arriver à faire toucher à peu près les extrémités des doigts, introduits, l'un par une boutonnière stomacale, l'autre par une boutonnière œsophagienne faite au cou.

CONCLUSIONS

La plupart des corps étrangers arrêtés dans la portion thoracique de l'œsophage ne peuvent être enlevés par des manœuvres faites par la bouche. Leur volume, leur forme, leur siège et le voisinage d'organes importants ne permettent pas de manœuvres prolongées ou répétées. Ces corps, lorsqu'ils sont retenus depuis plusieurs jours dans l'œsophage, y restent définitivement fixés et l'on ne peut compter sur leur déplacement spontané à travers l'estomac et le tube digestif. Cette éventualité fait d'ailleurs courir aux malades des risques très sérieux. Ils peuvent nécessiter la gastrotomie ou toute autre intervention abdominale par suite de phénomènes douloureux d'inanition, ou de complication telle que la perforation intestinale.

Après échec de manœuvres prudentes faites par la bouche, il faut enlever ces corps étrangers par une intervention sanglante. Plusieurs méthodes ont été employées ou préconisées suivant le siège du corps.

La première est l'œsophagotomie externe. Cette opération pratiquée sur le cou aussi près que possible de la fourchette sternale permet d'atteindre facilement les corps arrêtés dans la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour par cette méthode sont des meilleurs et une intervention plus hâtive qu'elle ne l'a été dans la plupart des cas ajoutera sans doute encore à son innocuité.

Une autre opération a été pratiquée deux fois avec succès pour des corps arrêtés à la partie inférieure de l'œsophage. C'est la gastrotomie contre laquelle, grâce à l'antisepsie et aux progrès de la chirurgie abdominale, on ne saurait avoir de préventions du fait d'une infection péritonéale possible.

Il est enfin une dernière opération proposée par MM. Quénu et Hartmann et qui n'a pas, croyons-nous, été mise à exécution sur le vivant jusqu'à ce jour. Elle consiste à aborder l'œsophage par le médiastin postérieur au moyen d'une ouverture pratiquée en arrière sur la paroi thoracique. Après résection d'une portion de quelques côtes, la plèvre est décollée et la main peut aisément arriver sur l'œsophage.

Chacune de ces opérations a trouvé ou peut trouver ses indications dans telles circonstances, dont le siège du corps est la principale.

En tout cas, lorsqu'un corps n'a pu être extrait par les manœuvres ordinaires, l'intervention sanglante s'impose. Les dangers du séjour d'un corps étranger dans l'œsophage sont nombreux et inévitables. L'inflammation et la perforation de l'œsophage, les abcès périœsophagiens s'étendant quelquefois très loin et envahissant les organes

voisins (plèvre, poumon, péricarde), les hémorragies mortelles ont été signalées dans nombre de cas. Lorsque le malade échappe à ces accidents aigus, il est toujours sous le coup de l'inanition qui se produira d'une façon plus ou moins rapide, mais fatale. Aussi l'expectation qui est permise lorsque les symptômes fébriles et douloureux n'existent pas et que l'alimentation se fait assez bien, ne saurait être prolongée au delà d'un certain temps, tout en exposant le malade à des complications toujours dangereuses, quelquefois mortelles.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE *

TRAPIER.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>Quelques mots sur l'anatomie de l'œsophage.</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Des corps étrangers de l'œsophage en général</i>	16
CHAPITRE III. — <i>De l'œsophagotomie externe</i>	25
§ 1. — Observations	36
§ 2. — Manuel opératoire	69
§ 3. — Indications	71
§ 4. — Soins consécutifs et traitement. . . .	77
CHAPITRE IV. — <i>De la gastrotomie pour extraire les corps étrangers arrêtés dans la partie inférieure de l'œsophage</i>	84
CHAPITRE V. — <i>Sur une nouvelle méthode d'aborder le médiastin postérieur applicable au traitement des corps étrangers de la portion thoracique de l'œsophage</i>	105
CONCLUSIONS	109

